

**MÁSTER EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
SOCIALES: INNOVACIONES Y APLICACIONES**

**INFLUENCIA DE LA ECONOMÍA Y LAS
POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN LA SALUD;
UNA APROXIMACIÓN EN EL CASO DE
ESPAÑA**

Sara Tena Reiff

Trabajo de Fin de Master dirigido por:

M.^a Ángeles Cea D'Ancona

Índice.

1: Introducción.	3
1.1: La crisis económica del 2008 en España.....	3
1.2: Aplicación del RD-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.	4
1.3: Objetivos del estudio y relevancia.	5
2: Breve descripción del Sistema Sanitario español.....	6
2.1: Historia.....	6
2.2: Composición y funcionamiento actual del SNS.....	7
3: Estado de la cuestión.	7
3.1: Defensa de los efectos negativos de las crisis económicas y del RD-Ley 16/2012 en la salud.	9
3.1.1: Grupo de trabajo de Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Mackenbach, J. P., Mckee, M y otros.	9
3.1.2: Grupo de trabajo de Legido-Quigley, H., Gonzalez, A., La Parra, D., Muntaner, C., Alvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., y otros.....	13
3.2: Defensa de que las crisis económicas cíclicas mejoran la salud.	15
3.2.1: Tapia Granados.	15
3.2.2: Ruhm.	18
3.3: Aplicación del RD-Ley 16/2012.	22
3.4: El neoliberalismo y sus consecuencias en la situación sanitaria.	24
4: Metodología.	25
4.1: Revisión de fuentes documentales y estadísticas.	26
4.2: Entrevistas a médicos, enfermeros y administrativos (público y privado).	26
4.3: Encuesta a médicos.	28
4.4: Análisis de la opinión de los ciudadanos (en calidad de pacientes).....	29
4.5: Análisis de datos de salud.	29
5: Análisis.....	29
5. 1: Datos estadísticos sobre el estado de salud.	29
5.1.1: Mortalidad.....	30
5.1.2: Esperanza de vida al nacer.	34
5.1.3: Morbilidad y problemas de salud.	40
5.1.4: Gasto Sanitario como porcentaje del PIB.	42
5.2: Opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud.....	43
5.3: Entrevistas semiestructuradas.	51
5.3.1: Aspectos comunes de las entrevistas.....	52
5.3.2: Discrepancias entre los entrevistados.....	57
5.3.3: Otros aspectos comentados en las entrevistas de forma menos frecuente o de forma aislada.....	58
5.3.4: Contradicciones en los propios entrevistados.	59
5.3.5: Análisis del discurso.	60
6: Conclusiones.	64
7: Referencias.	68
7.1: Bibliografía.	68
7.2: Base de datos consultadas.	70
8: Anexos.....	71
8.1: Cuestionario a distribuir entre los médicos colegiados en España.	71
8.2 Tabla de correlaciones entre las tasas de crecimiento de una selección de variables	72

1: Introducción.

El presente estudio explora la influencia en la salud pública en España de dos acontecimientos ocurridos recientemente: la crisis económica iniciada en 2008, y la aprobación y aplicación de las reformas políticas sanitarias (principalmente el *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones*).

La cuestión sobre los efectos de las crisis económicas y la aprobación del RD-L 16/2012 en la salud de las personas ha sido debatida tanto en los medios de comunicación de masas como en el ámbito académico. Existe al respecto un posicionamiento de ideas muy variado. Este trabajo surge con la pretensión de arrojar luz a esta cuestión y analizar sus efectos.

1.1: La crisis económica del 2008 en España.

A partir de finales del 2007, la gran mayoría de los países experimentaron los síntomas clásicos de una crisis económica, un declive en la tasa de crecimiento del PIB además de un aumento de la tasa de desempleo. Éste fue también el caso de España, que contó además con el agravante de una burbuja especulativa inmobiliaria que estalló entre 2007 y 2008.

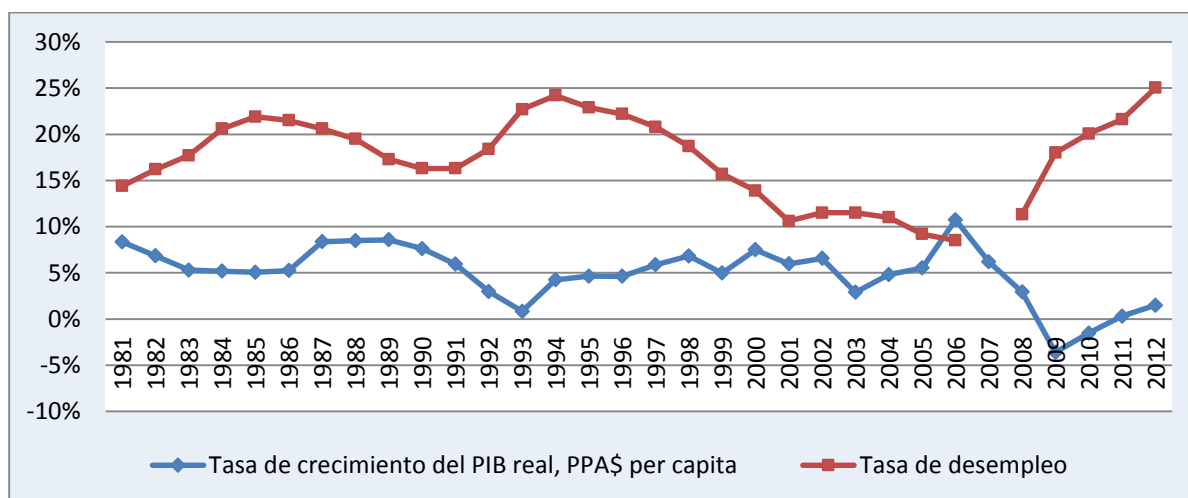


Gráfico 1.1.1. Tasa de desempleo y tasa de crecimiento del PIB Real. Fuente: OMS.

Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos¹ (OCDE), que no padecen las interrupciones de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aunque se remontan menos en el tiempo, en el 2008 la tasa de desempleo española comenzó su ascenso desde el 8,27% en el 2007 hasta el 25% en el 2012. En ese período también se registró una disminución en la tasa de crecimiento del PIB, que pasó del 3,48% en 2007 al 0,89% en 2008, fecha a partir la cual se situó en negativo o muy cercana al 0% hasta el 2012. También la deuda pública se incrementó a partir del 2007, pasando del 42,4% del PIB al 47,8% en 2008 y siguiendo a partir de esa fecha un aumento progresivo.

Con este escenario se adoptaron una serie de políticas encaminadas a reducir tanto la tasa de desempleo como la deuda pública. Entre otras, se adoptó el Real Decreto-Ley 16/2012 *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*², con el propósito declarado de mejorar la eficiencia y la gestión del Sistema Nacional de Salud, o también el Real Decreto-Ley 14/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo*.

1.2: Aplicación del RD-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

El paquete de reformas sanitarias desarrollado en el RD-Ley 16/2012 engloba los siguientes ámbitos:

- Se modifica la condición de asegurado. A partir del RD-Ley, el Sistema Nacional de Salud (SNS) cubre en la atención primaria sólo de los que tienen la condición de asegurado y sus beneficiarios. Los extranjeros no autorizados como residentes en España (salvo embarazadas y menores de edad), y las personas sin empleo que han agotado todas las prestaciones y no están inscritas en la oficina del paro, sólo tienen derecho a la asistencia gratuita en urgencias graves (Cap. I Art. 3º)

¹ Véase <http://www.oecd.org/statistics/>

² El RD 12/2012 fue publicado en el BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012, páginas 31278 a 31312 http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

- Se modifica la cartera común de servicios del SNS. La cartera común define los servicios básicos, suplementarios (prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos, transporte sanitario no urgente), y accesorios (actividades no esenciales sujetas a aportación y/o reembolso). Se establece además una cartera de servicios complementarios, que las CC.AA podrán añadir además de la cartera común³. (Cap. II).
- Se establecen “medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud”, enfocadas directamente en el aspecto económico/financiero (Cap. III).
- Sobre la prestación farmacéutica; se redefinen los criterios de financiación de medicamentos (se prescribe por principio activo) y cómo debe ser gestionada y distribuida esa financiación (mediante copago, reembolso, etc.). También se establecen los criterios de fijación de precios de los medicamentos (Cap. IV).
- Sobre los recursos humanos; se homologa para todo el SNS las normas, títulos, retribuciones, categorizaciones profesionales, etc; se establece un registro estatal de profesionales con el objetivo de agilizar todos los procesos de asignación, recuento, y libertad de movimiento de los recursos humanos.

1.3: Objetivos del estudio y relevancia.

Desde un punto de vista de la gestión de la salud pública, un mayor conocimiento de esta realidad puede ayudar a una mejor asignación de los recursos disponibles y, como consecuencia, una mejora en la salud de las personas.

Por otro lado, la existente diversidad de resultados y conclusiones publicadas desde la comunidad académica, que en ocasiones llegan a ser incluso contradictorias, sugiere la necesidad seguir trabajando y debatiendo en este campo con el fin de esclarecer al máximo esta realidad social.

Los objetivos principales que guían la presente investigación son establecer precisamente si existen consecuencias en la salud de las personas derivadas de la crisis económica por un lado, y de la aprobación y aplicación del RD-Ley 16/2012 por otro. Para poder dar respuesta a estas cuestiones, se han planteado dos hipótesis clave:

³ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>

- La crisis económica del 2008 ha tenido consecuencias negativas en la salud de las personas en España.
- El RD-Ley 16/2012 ha tenido consecuencias negativas en la salud.

2: Breve descripción del Sistema Sanitario español.

2.1: Historia.

Expondremos un breve resumen sobre el desarrollo de la sanidad pública en España, hasta llegar al SNS actual:

- 1908: se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP). Fue la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la Asistencia Sanitaria en España.
- 1978: de la extinción del INP se crean diferentes organismos:
 - Instituto Nacional de Salud (INSALUD); para prestaciones médicas.
 - Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); para las prestaciones económicas.
 - Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO); para la gestión de servicios sociales.
 - Instituto Social de la Marina (ISM); para la gestión de los trabajadores del mar.
 - Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS); donde se unifican todos los servicios financieros de la Seguridad Social en este servicio común.
 - Gerencia Informática de la Seguridad Social; se creó con la misión de dirigir, coordinar y controlar los servicios de informática y del proceso de datos de las diferentes entidades gestoras.
 - Instituto Nacional de Servicios Sociales (vejez, jubilación, invalidez, etc.)
 - Servicio Jurídico de La Administración de la Seguridad Social.
- 1981-2002: Se inicia el proceso de descentralización del sistema sanitario en las diferentes CC.AA.
- 1986: con la Ley 14/1986 General de Sanidad se crea el Sistema Nacional de Salud, que define el modelo de descentralización de las competencias sanitarias en las diferentes CC.AA.

- 2002: se crea el Instituto Nacional de Gestiones Sanitarias (INGESA), entidad gestora de la Seguridad Social para las ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

2.2: Composición y funcionamiento actual del SNS.

El SNS se gestiona a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, órgano que desarrolla las políticas de salud y gestión sanitaria. A partir de estas políticas, las Comunidades Autónomas tienen la obligación y las competencias para gestionar la sanidad en sus territorios y garantizar los derechos sanitarios de los ciudadanos. Para ello, cada Comunidad Autónoma tiene su propio Servicio de Salud, es decir, una estructura administrativa propia que integra y gestiona todos los centros, establecimientos y servicios de la Comunidad⁴. La forma en la que se coordinan directamente las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

La financiación de la totalidad de las prestaciones sanitarias se funda en la recaudación de impuestos generales, con los que se financia la totalidad de las prestaciones sanitarias públicas y una parte de las prestaciones farmacéuticas. Estos presupuestos se reparten entre las diferentes Comunidades Autónomas. En el capítulo 5 se muestran una evolución temporal de las partidas presupuestarias destinadas a la sanidad.

3: Estado de la cuestión.

La relación entre salud y coyuntura económica así como políticas sanitarias ha sido tratada y debatida desde diversos medios de comunicación. Así, pueden encontrarse noticias durante estos últimos años en los periódicos de tirada masiva (como NYTimes, ⁵TheGuardian, ⁶ElMundo⁷, ElPais⁸, Público⁹, Abc¹⁰, etc.) alertando

⁴ <https://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm>

⁵ http://www.nytimes.com/2012/04/15/world/europe/increasingly-in-europe-suicides-by-economic-crisis.html?pagewanted=all&_r=0

⁶ <http://www.theguardian.com/world/2011/oct/10/greece-economic-crisis-health>

⁷ <http://www.elmundo.es/salud/2014/06/12/539881c422601dc15b8b4588.html>

<http://www.elmundo.es/salud/2014/06/19/53a1e0e3268e3eda368b457e.html>

⁸ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/09/23/actualidad/1379951454_589168.html

⁹ <http://www.publico.es/actualidad/528475/los-ninos-de-la-crisis-tendran-secuelas-en-su-salud-en-el-futuro>

¹⁰ <http://www.abc.es/sociedad/20130419/abci-crisis-afecta-salud-griegos-201304181806.html>

de los efectos que han tenido el RD-Ley 16/2012 o de la crisis económica de 2008 en la salud.

Del mismo modo desde el ámbito académico existe bibliografía sobre el tema donde se defienden diferentes posturas:

- La que estudia la relación entre ciclos económicos y salud a lo largo del tiempo y en diferentes países. Si bien algunos estudios defienden que con las crisis económicas la salud general empeora (Kentikelenis et al., 2011), otros argumentan que la ésta mejora (salvo algunas enfermedades y causas de muerte concretas) en épocas de crisis (Tapia, 2013).
- La que trata la relación entre las políticas adoptadas por el gobierno y la salud. Existen para muchos países estudios de este tipo, y también para el caso de las reformas actuales en España (Stuckler et al., 2013).
- La que en sus trabajos no diferencian de forma clara estos aspectos (relación entre crisis económica, políticas adoptadas del gobierno, salud) y hablan de ellos de forma englobada (Legido et al., 2013).
- Los que tratan del neoliberalismo en términos generales y de sus efectos en la sanidad (reducción del gasto público en sanidad, “mercantilización” de la sanidad, privatizar, “recortar” servicios, etc.); suelen hacer referencia a dificultades de acceso a la atención y a los servicios sanitarios (Huertas, 1999).
- Los que se centran no sólo en los efectos de las políticas que se adoptan si no de la práctica real y de sus consecuencias. Diferencian claramente lo que la ley dictamina, y el desfase que existe entre esta normativa y la puesta en práctica de la ley (Yo Sí Sanidad Universal, 2013)

En cualquier caso, debe resaltarse que la bibliografía sobre el tema muestra una clara falta de consenso. Los datos existentes no parecen reflejar una realidad tan obvia y evidente, y a día de hoy no se ha podido responder de forma medianamente unánime a la cuestión de si afecta la crisis económica en la salud de las personas. Y tampoco, para el caso español, si afecta el RD-Ley 16/2012 en la salud.

3.1: Defensa de los efectos negativos de las crisis económicas y del RD-Ley 16/2012 en la salud.

3.1.1: Grupo de trabajo de Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Mackenbach, J. P., Mckee, M y otros.

Karanikolos et al. (2013) examinan datos sobre salud en varios países durante varias crisis económicas, como por ejemplo las que acompañaron la caída de la URSS, la Gran Depresión, o las crisis económicas asiáticas. Partiendo de este trabajo previo, se enfrentan al estudio de la crisis actual en Europa, centrándose en España y Grecia. En su artículo resumen sus trabajos sobre el caso de Europa y la actual crisis iniciada en 2008. Básicamente se analizan los efectos en la salud de crisis económicas pasadas para predecir consecuencias similares en el presente, y se comparan estas predicciones con la evidencia disponible en la actualidad, a pesar de la escasez de datos disponibles. Los autores concluyen que, si bien las crisis pueden suponer riesgos para la salud, son las decisiones políticas las que en última instancia tienen efectos en ella.

Veamos un poco más detalladamente qué argumentan estos autores. A partir del año 2007, con la crisis económica, en muchos países el déficit público aumentó de forma considerable, de tal modo que se tomaron políticas de austeridad (reducción del gasto público) con los conocidos “recortes”. Estas políticas fueron una condición establecida por la Troika (Fondo Monetario Internacional, Banco Central Europeo y Comisión Europea) para los rescates financieros o préstamos en el caso de Portugal, Irlanda, Grecia, Chipre o España. Se ha elaborado mucha investigación para observar los efectos de la crisis en la salud, pero poca sobre la relación entre crisis económicas y las distintas políticas en el sistema sanitario. Tomando como referencia los estudios de Cylus et al. (2012) y Mladowsky et al. (2012), Karanikolos et al. (2013) describen cómo las respuestas de los distintos países en Europa han sido variadas: algunos países han optado por recortes, otros por el aumento del gasto público, y otros por las congelaciones del gasto público. También se han aplicado otras medidas, como el aumento de los impuestos sobre el alcohol, con la intención tanto de recaudar como para mejorar la salud (y gastar menos en su atención sanitaria pública). Se han desarrollado políticas similares con el tabaco, además de la prohibición de fumar en lugares públicos. Esto son algunos ejemplos de las variadas actuaciones que han

adoptado los gobiernos. Según estos autores, y como veremos a continuación, cada uno de estos países tuvieron resultados distintos en la salud.

Ante la no disponibilidad de los datos para fechas recientes que permitan comprobar los efectos de las reformas sanitarias, Karanikolos et al. (2013) creen que las evidencias pasadas pueden sugerir consecuencias probables. En los países donde los recortes han sido más importantes, como España, Portugal y Grecia, han aumentado los suicidios y los brotes infecciosos de enfermedades como VIH o la tuberculosis. Los pocos datos ya disponibles también muestran, según estos autores, que con la crisis disminuyen los accidentes de tráfico. Por el contrario en Islandia, donde no ha habido recortes debido a un referéndum popular, apenas se han detectado efectos en la salud.

Basándose en Karsten y Moser (2009), Karanikolos et al. (2013) señalan que la prevalencia de problemas psicológicos en personas desempleadas es mayor que en personas empleadas, y esta prevalencia de efectos negativos es mayor en sistemas donde menos protección social hay. Igualmente, basándose en Martikainen y Valkonen (1996), defienden que la gente desempleada tiene más riesgo a morir en épocas de crecimiento de desempleo ya que aumentos en el desempleo se asocian a un aumento en comportamientos no saludables.

Stuckler y Basu (2013b) indican que el colapso de los regímenes soviéticos fueron acompañados de importantes crisis económicas, cuyas consecuencias sobre la salud de las personas fueron desastrosas. Las caídas en la esperanza de vida fueron mayores en los países donde la transición era más rápida, debido a las políticas radicales de privatización. Los resultados fueron similares en diferentes regiones de Rusia y en diferentes países de la antigua Unión Soviética. Karanikolos et al. (2013) aluden al concepto de *capital social*, refiriéndose a los efectos beneficiosos para una persona de formar parte en un grupo social (como por ejemplo amistades, familia, grupos culturales, asociaciones deportivas o religiosas, etc.), para defender su importancia en la mitigación de las consecuencias negativas en estos procesos de transición.

El efecto del cambio económico en la salud también depende de cómo las personas estén protegidas frente a conductas autodestructivas. Por ejemplo durante la Gran Depresión de EEUU se prohibió el alcohol, lo cual suponía una dificultad para obtenerlo y por tanto para consumirlo. En las repúblicas soviéticas, en cambio, el alcohol era barato lo que fomentó una cultura de consumo elevado, repercutiendo consecuentemente en la salud.

De forma similar, estos autores muestran en otro estudio elaborado durante 25 años, véase Stuckler et al. (2010), que a cada aumento de \$100 por persona al año en el gasto de bienestar social se asoció una disminución del 1,19% en la mortalidad por cualquier causa. En los países que gastan menos de \$70 por persona, como España y otros países del Este europeo, una economía en deterioro se correlaciona con un aumento en los suicidios. Pero en Finlandia y Suecia, donde al menos se gastan 300€ por persona, los cambios económicos apenas tienen efectos en la salud. Estos hallazgos se relacionan específicamente con el gasto de bienestar social más que el gasto del gobierno general. El aumento del gasto de bienestar social redujo significativamente la mortalidad a causa de enfermedades relacionadas con circunstancias sociales (tales como las relacionadas con las muertes por alcohol), mientras que el gasto en atención de la salud no lo hizo. Por otra parte, es difícil anticipar los efectos de las enfermedades infecciosas según los cambios económicos, ya que los patógenos pueden mantener multitud de relaciones e interacciones de distinto tipo con los humanos. Sin embargo, en Suhrcke et al. (2011) se afirma que existe un deterioro de las enfermedades infecciosas en los humanos durante las recesiones económicas, debido a condiciones de vida peores, restricciones a la atención y el cuidado, o empeoramiento en la calidad de tratamientos. Los infantes y las personas mayores de 65 años, así como otros grupos de riesgo (inmigrantes, gente sin techo, etc.), eran los más susceptibles a las infecciones.

La incidencia de los desórdenes mentales ha aumentado en Grecia y España, y en EEUU han aumentado los suicidios desde 2007 tal, como muestran Kentikelenis et al. (2011) y Gili et al. (2013). Precisamente, los autores del grupo de estudio, Karanikolos et al. (2013), señalan que los países más vulnerables al aumento de suicidios fueron precisamente los que tuvieron más recortes en los servicios públicos, y los que tuvieron las tasas de desempleo más altas. No obstante, sugieren que estos

efectos podrían haber sido evitables. Islandia, por ejemplo, a pesar de haber experimentado una crisis fuerte, no aceptó instaurar políticas de austeridad como dictaminaba la ortodoxia económica, en parte debido a las fuertes movilizaciones sociales. Eso se tradujo en consecuencias mínimas en la salud de las personas, y los suicidios no aumentaron. Además, hay que tener en cuenta que los islandeses poseían y poseen un fuerte *capital social* (asociaciones religiosas, clubs deportivos, etc.) y ante la crisis compartían un fuerte sentimiento de unidad.

Según Gili et al. (2012) en España entre 2006 y el 2010 los casos de desórdenes mentales aumentaron de manera significativa, sobre todo los relacionadas con el alcoholismo, ansiedad y depresión. Se estima que al menos la mitad del crecimiento de los desórdenes mentales es atribuible al desempleo y las deudas.

Si bien los autores mencionados tienen un cuerpo de investigaciones desarrollado sobre el tema (a lo largo de varios países y varias épocas), muestran, al menos aparentemente, ciertas incoherencias y limitaciones que merecen ser mencionadas. En primer lugar, en la introducción del artículo de Karanikolos et al. (2013) se apunta a que los datos existentes son pocos y que en buena medida se basan en experiencias pasadas para describir la realidad presente. Esto hay que tenerlo en cuenta, ya que en este caso están proponiendo hipótesis, no hechos, que luego podrían verse contradichas por la realidad. Por otro lado, otra cuestión que no queda del todo clara en sus trabajos es que uno de los principales temas que estudian estos autores es, además de la influencia de las políticas sanitarias en la salud, la influencia en ésta de la crisis económica, y precisamente éste último punto no parece quedar del todo resuelto en sus estudios. Se explica claramente que las políticas de austeridad sanitarias pueden ser nocivas; pero hay contradicciones en su postura respecto de los efectos de la crisis económica. En algunos artículos, Karanikolos et al. (2013), dicen que sí tiene efectos negativos, pero en otros Stuckler y Basu (2013) aseguran que los efectos de la crisis son neutrales para la salud, y que el peligro son las decisiones que toman los políticos.

En resumen, el grupo de trabajo de Karanikolos et al. sugieren que: a) debido a las políticas de austeridad, se han disparado las tasas de suicidio en Europa; b) que

como consecuencia de la crisis la salud pública se está deteriorando, especialmente en aquellos países donde la crisis ha sido más severa y se han aplicado políticas más duras, como en Grecia y España.

Señalaremos las instituciones en las que trabajan los principales autores del grupo: Karanikolos, M. (European Observatory on Health Systems and Policies; European Centre on Health of Societies in Transition), Mladovsky, P. (London School of Hygiene and Tropical Medicine; European Observatory on Health Systems and Policies; London School of Economics and Political Science), Cylus, J. (European Observatory on Health Systems and Policies; London School of Hygiene and Tropical Medicine; European Observatory on Health Systems and Policies; London School of Economics and Political Science), Thomson, S. (London School of Hygiene and Tropical Medicine; European Observatory on Health Systems and Policies; London School of Economics and Political Science), Basu, S. (Stanford Prevention Research Center, Department of Medicine, Stanford University), Stuckler, D. (Department of Sociology, University of Cambridge), Mackenbach, J. P. (Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam), McKee, M. (European Observatory on Health Systems and Policies).

3.1.2: Grupo de trabajo de Legido-Quigley, H., Gonzalez, A., La Parra, D., Muntaner, C., Alvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., y otros.

En la misma línea, Legido-Quigley et al. (2013) y (2013b) alertan sobre los efectos perjudiciales que la crisis económica y las medidas de austeridad pueden tener en la salud de los españoles en sus artículos. Resaltan los recortes en el gasto a la sanidad pública española, siendo éste uno de los más bajos en Europa (un 7% del PIB antes del RD-Ley 26/2012), y en un momento en el que las demandas y necesidades de la sanidad pública aumentaban (por ejemplo en la atención a la salud mental). Efectuaron 34 entrevistas cualitativas en Cataluña y analizaron el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI en adelante) y del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS en adelante). Analizado este material, afirman que muchos médicos creen que la sanidad se pretende privatizar de forma intencionada debido a la crisis económica. Del Barómetro Sanitario destaca que la preocupación sobre el sistema sanitario español ocupa el 5º lugar en

los problemas más importantes de los españoles, siendo un 13% los españoles que la marcaron como primera preocupación. Muchos creen que el SNS no necesita reformas (24,2%), y cerca del 50% cree que funciona bien pero puede necesitar algunos cambios. Legido y su equipo se apoyan en los trabajos aportados por Gili et al. (2012), en los que se describe cómo los recortes en la sanidad han provocado el aumento de algunas enfermedades o problemas de salud como la depresión, las enfermedades mentales, los suicidios o el alcoholismo. De sus datos obtenidos en las entrevistas, resalta el miedo y la preocupación que muestran los médicos y los pacientes hacia la incertidumbre del futuro.

Cabe señalar que, más allá de las advertencias de lo que puede suceder en un futuro y de las menciones a estudios efectuados por otras personas, Legido et al. (2013) y (2013b) no se basan tanto en una descripción de hechos, como en una mención de resultados de otros estudios y de opiniones no basadas en hechos, sino en miedos hacia el futuro. En otras palabras, se menciona que “pueden haber consecuencias negativas” en la salud, pero no que realmente ya se estén dando, salvo alguna excepción como los suicidios. En sus artículos se resume mayoritariamente el inicio y desarrollo de la crisis económica, la reforma sanitaria, el proceso de privatización de la sanidad que se está dando principalmente en Cataluña y Madrid, y alguna breve mención a otros estudios sobre los efectos nocivos en la salud derivados de la privatización y de recortes en la sanidad. Además, precisamente los otros estudios que mencionan sólo hacen referencia a algunas causas concretas de muertes o algunas enfermedades que supuestamente ya muestran su aumento (como los suicidios, las enfermedades mentales y las depresiones), pero esto no sustenta el argumento de que toda la salud ha empeorado o puede empeorar (porque podría darse el caso por ejemplo de que empeoran algunas enfermedades y muertes en concreto pero otras, o la mayoría, disminuyeran con la crisis).

Por otro lado, cabe mencionar que no queda clara la distinción entre crisis económica y aplicación del RD-Ley 16/2012 (como si las políticas lo que hicieran es acentuar los efectos ya existentes de la crisis.), de modo que no permite distinguir entre qué efectos se derivan de la crisis y qué efectos se derivan de la reforma política. A nuestro entender, esto es una limitación metodológica importante.

Señalamos las instituciones en las que trabajan los principales autores del grupo: Legido-Quigley, E. (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Urdaneta, E. (Médicos del Mundo), Gonzalez, A. (Médicos del Mundo), La Parra, D. (Departamento de Sociología, Universidad de Alicante), Muntaner, C. (Bloomberg Faculty of Nursing, Dalla Lana School of Public Health and Department of Psychiatry University of Toronto), Alvarez-Dardet, C. (Universidad de Alicante and CIBERESP), Martín-Moreno, J. M. (Department of preventive Medicine and Public Health, Universidad de Valencia).

3.2: Defensa de que las crisis económicas cíclicas mejoran la salud.

Salvo con suicidios, accidentes de tráfico y enfermedades mentales, sobre los cuales hay bastante consenso, en el resto de problemas de salud y causas de muerte existen discrepancias sobre su relación con las crisis económicas. Como hemos mencionado, algunos estudios postulan una idea contraria a la de los autores que hemos reseñado hasta ahora y defienden que el balance general de la salud de las personas mejora con las crisis económicas cíclicas.

3.2.1: Tapia Granados.

Tapia Granados (2013) y (2014), vinculado en distintos períodos a la Drexel University y a la Universidad de Michigan, nos proporciona un ejemplo en sus artículos. Identifica en los trabajos del grupo de Karanikolos et al., mencionados en el apartado 3.1.1, un primer gran error, y es el de comparar la crisis cíclica económica actual con la crisis que experimentaron los países que transitaban de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) a una economía de mercado. Dado que estas transiciones de la URSS estuvieron acompañadas de crisis económicas y de crisis de salud (con considerables aumentos en las tasas de la mortalidad), se suele utilizar esta comparación como base para sustentar la idea de que también con la actual crisis cíclica la salud de la población empeorará. Tapia (2013) expone que los datos sobre otras crisis económicas, sobre todo las cíclicas, muestran otra relación salud-crisis. Considera esta comparación como una falacia, ya que con las crisis económicas cíclicas la salud general mejora, y el caso de la crisis de los antiguos países de la URSS tuvieron una serie de características muy diferenciadas con respecto a las crisis cíclicas. Si bien está de acuerdo que en las crisis económicas

algunos problemas de salud y causas de muerte aumentan, como por ejemplo los suicidios, en general la mortalidad disminuye. En la Gran Depresión de 1929, en las crisis del petróleo de los años 70 y 80 y en la crisis de 2007, las tasas de mortalidad disminuyeron; la transición de la URSS a economías capitalistas y su crisis de salud fue una excepción y no la norma.

Desde un punto de vista metodológico el autor considera que, aunque la tasa de mortalidad nos da una idea aproximada del estado de salud de una sociedad, cada vez está más legitimado el uso de la esperanza de vida al nacer (EV) como indicador de ello. Así, analiza 19 países europeos para los que según el *Health For All* (HFA), dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay datos (Austria, Bulgaria, República Checa, Estonia, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Lituania, Letonia, Países Bajos, Polonia, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza y Reino Unido). De ellos observa, para cada intervalo de tres años antes y después de la crisis (2004-2007, 2007-2010) la EV; el incremento anual de la EV (ΔEV); la tasa de desempleo (TD); el incremento anual de la tasa de desempleo (ΔTD), y la tasa de mortalidad. En Tapia (2014), y al contrario de lo que sugerían Stuckler et al. (2013), los datos no muestran una situación particularmente positiva en Islandia en lo que a la salud pública se refiere.

Pues bien, según Tapia (2013) y (2014) resulta que en los 9 países donde el ΔTD fue más pronunciado (Bulgaria, Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia y España), el ΔEV fue más marcado durante la crisis (2007-2010) que antes de la crisis (2004-2007). En los 8 países donde ΔTD fue menor (Austria, la República Checa, Finlandia, Alemania, Irlanda, los Países Bajos Rumania y Suiza), el ΔEV no creció más en la crisis (2007-2010) que antes (2004-2007) de la crisis, es decir, la ΔEV es mayor antes de la crisis. Es más, cuanto mayor es el crecimiento de la ΔTD , mayor es ΔEV . Esta impresión se confirma, según Tapia (2013), con las correlaciones entre estas dos variables. Considerando los 19 pares de valores ΔTD y ΔEV para 2007-2010 (en la crisis), la correlación es de $r=0.89$ para un nivel de significación de $p \leq 0.001$. La correlación sigue siendo positiva, $r=0.5$, para un nivel de significación de $p \leq 0.028$, considerando los 19 pares de valores en el período

antes de la crisis (2004-2007). Si se consideran los 38 pares de valores de ΔTD y ΔEV para 2004-2007 y 2007-2010, $r=0.74$ es la correlación para $p \leq 0.001$.

Resumiendo, los datos de Tapia (2013 y 2014) muestran que: a) en los países europeos donde la crisis económica ha sido más severa ha habido una mayor mejora en la salud general (a partir de 2007); b) que los países europeos donde el ritmo de mejora de la salud ha disminuido en la crisis (a partir de 2007), han sido las que han experimentado una crisis más suave; y c) que tanto si se consideran los períodos 2007-2010 y 2004-2007 por separado, como los dos períodos juntos, hay una correlación positiva entre ΔEV y ΔTD .

Tapia entiende que sus ideas pueden parecer contra intuitivas y paradójicas en un primer momento, y reconoce que no existe una explicación fuertemente consolidada para ellas. Existen varias posibles interpretaciones al respecto, como por ejemplo que en las crisis hay menos contaminación y estrés en el ambiente de trabajo, hay más apoyo social, o menos circulación de patógenos, pero reconoce que esto no son más que hipótesis muy poco desarrolladas.

Por otra parte, a pesar de que existe consenso en el aumento de los suicidios con las crisis, en Tapia (2013) se advierte de que también en este caso conviene matizar. Los datos muestran que efectivamente hubo un aumento en los suicidios a partir de 2007, pero Alemania y los Países Bajos, que son los que muestran un aumento más pronunciado de los suicidios son también los países donde la crisis económica fue más leve. En cambio, por ejemplo en España y Grecia, donde la crisis fue más aguda, los suicidios apenas aumentaron, y además ya declinaron en 2009.

En el caso concreto de España, Tapia (2014) corrobora lo anteriormente expuesto. Según los datos de la OMS y del Instituto Nacional de Estadística (INE) disponibles hasta el 2011, la esperanza de vida al nacer y la tasa bruta de mortalidad no muestran el esperado por algunos autores, como Díaz Olalla (2013), aumento de la mortalidad debido a la crisis. Según Tapia (2014) del 2007 al 2010 la tasa bruta de mortalidad fue disminuyendo de 8,5 a 8,2 muertes por 1.000 habitantes. Y del 2010 al 2011 la tasa bruta de mortalidad aumentó de 8,2 a 8,3 muertes por 1.000 habitantes,

pero al mismo tiempo que la esperanza de vida al nacer subió de 82,0 a 82,1 años. Este aumento de la tasa bruta de mortalidad respecto del año anterior, Tapia lo considera para una población como la española (que en años recientes puede haber envejecido rápidamente como consecuencia de una tasa de natalidad muy baja y una emigración selectiva de los más jóvenes, perfectamente compatible con un aumento de la esperanza de vida al nacer).

Por último, mencionar que Tapia (2013) concluye afirmando que los efectos del desempleo, la precarización laboral, la amenaza de desahucios o los recortes en prestaciones sociales son motivos suficientes para preocuparse, para que haya protestas y malestar social. Según el autor, no hacen falta razones basadas en exageraciones y mitos sin base en la realidad.

3.2.2: Ruhm.

Veamos a continuación otro ejemplo que argumenta en la misma línea que el autor anterior, es decir, que durante períodos de crisis económicas la salud en general mejora. En Ruhm (2000) se afirma que existe una fluctuación cíclica de las causas totales de muertes en sintonía con los ciclos económicos, y sobretodo de 8 de las 10 causas de muerte examinadas, con los suicidios como una importante excepción. Las variaciones son mayores para esas causas y grupos de edad donde los efectos del comportamiento son más plausibles. Ruhm observa que los comportamientos de riesgo y las inversiones de tiempo en cuidados de salud varían con el estatus económico. Por ejemplo, hábitos perjudiciales como fumar o los que fomentan la obesidad aumentan cuando la economía mejora, mientras que la actividad física disminuye y la alimentación empeora. La idea central de sus estudios es que existe una fuerte evidencia de que la salud en general mejora cuando la economía se deteriora temporalmente.

Ruhm vuelve a señalar, igual que Tapia, que muchos estudios que defienden los efectos perjudiciales de las crisis económicas en la salud se basan en el caso de la crisis económica y de salud que vivió Rusia en los 90. Pero el autor cree que esta comparación no es representativa de la relación entre salud y crisis económica cíclica. El aumento de la mortalidad y de los problemas de salud que experimentó Rusia y

otros países de la Europa del Este no parecen haber sido causados por la crisis económica, sino más bien a otros factores, como el aumento del consumo del alcohol o a un aumento del precio de los medicamentos. Además, señala el autor, no hay que olvidar que muchas de estas sociedades ya traían desde antes de las crisis una baja calidad en la salud.

En los países en vías de desarrollo un gran crecimiento económico es favorable para la salud. Pero en los países industrializados la relación entre economía y salud es más ambigua. Ruhm trata de mostrar que, aunque en un primer momento sea esperable que en condiciones económicas favorables la salud sea también mejor, la realidad muestra que existen al menos 4 razones por las que la salud declina durante la crisis. Una primera razón es que en épocas de crecimiento económico, al haber más trabajo, se dispone de menos tiempo para hacer ejercicio o para hacer actividades que sean buenas para la salud. En segundo lugar, la salud puede ser un insumo en la producción de bienes y servicios; cuando se trabaja aumentan las condiciones laborales precarias, las condiciones peligrosas (sobre todo en la construcción y en la obra) y la contaminación. En tercer lugar, pueden aumentar las causas externas de muerte; los accidentes, el consumo de alcohol (con sus consecuencias en salud), e incluso los crímenes parecen variar con los ciclos económicos. En cuarto lugar, los movimientos migratorios; la movilidad tiene el potencial de hacer crecer la mortalidad en las zonas de destino por razones como la aglomeración en las zonas de destino unido a la entrada de nuevas enfermedades que portan los inmigrantes, y también porque las inmigrantes no están familiarizados con las carreteras o el acceso y la infraestructura médica.

Lo expuesto son suposiciones, interpretaciones o hipótesis que plantea Ruhm. Los datos utilizados son de 50 estados más el distrito de Columbia, durante el período de 1972-1991. Se analizan las muertes totales, las muertes por tres grupos de edad (20-44; 45-64; y ≥ 65 años), y las muertes debidas a 10 causas: 1) tumores malignos, 2) enfermedades cardiovasculares mayores, 3) gripe o neumonía, 4) enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis, 5) accidentes de vehículos de motor, 6) otros accidentes y efectos adversos, 7) suicidios, 8) homicidios e intervenciones legales, 9) mortalidad infantil (muertes anteriores al año de vida) y 10) muertes neonatales (muertes durante los primeros 28 días de vida). Estas 10 causas de muerte engloban el 80% de las

muertes totales. Los datos utilizados de las muertes son los de la *Vital Statistics of the United States*, publicados anualmente por la United States Bureau of the Census (la Oficina del Censo de los Estados Unidos).

La mortalidad total y la mayoría de las causas específicas de muertes (especialmente muertes de enfermedades cardiovasculares y accidentes de coche) disminuyen durante el período de la muestra. Por el contrario, aumentaron las muertes por cáncer, las muertes por homicidios, las de neumonía/gripe, y las de suicidios. La mortalidad debido a las otras causas de muerte ha tendido a bajar, así como lo hicieron las muertes de los tres grupos de edad. Ruhm defiende que hay una fuerte correlación inversa entre la tasa de mortalidad y la tasa de desempleo. Tal y como afirma el autor, estas observaciones cuestionan las creencias establecidas de que la salud empeora durante contracciones en la economía.

Los ingresos personales están relacionados positivamente con la mortalidad total, pero varía según los grupos de edad. Dicho de otro modo, existe una variación en las frecuencias de muerte en las enfermedades más influenciadas por la crisis (suicidios, accidentes, etc.) y suelen ser las causas de muerte más frecuentes de las personas jóvenes. Por ejemplo, varían más las muertes por accidentes de tráfico, otros accidentes y homicidios (más relacionados con las personas de 20-44 años de edad) que las muertes cardiovasculares o de gripe/neumonía (más frecuentes en las personas mayores, sobre todo a los ≥ 65 años).

Siguiendo con las hipótesis anteriormente planteadas, el autor observa que la relación negativa entre desempleo y mortalidad es relativamente fuerte en las ciudades de crecimiento rápido (inmigración), apoyando estos datos la hipótesis de que los flujos migratorios provocan malos resultados de salud. Es decir, cuando una ciudad crece porque recibe inmigrantes en épocas de desarrollo económico y bajadas de desempleo, la mortalidad aumenta.

Los coeficientes positivos de correlación se obtienen en enfermedades del corazón, accidentes de vehículos sin motor, homicidios, y muertes infantiles y neonatales (recordemos que un aumento de la variación sensible a los ciclos

económicos no significa que tenga que basarse en una correlación negativa; también puede ser una variación basada en un coeficiente de correlación positivo).

Por otro lado, Ruhm analiza los datos de BRFSS, un estudio anual administrado por el *Centres for Disease Control and Prevention* (Centros de Control de Enfermedades y Prevención) que, entre otra información, contiene la relativa a los estilos de vida y cuidados médicos. EN ellos observa que el tabaco es la principal causa de muerte y enfermedad. Su consumo es procíclico y con una correlación negativa respecto de la tasa de desempleo, por lo que las muertes por su causa varían con la economía. Ruhm plantea que estas dos variables están tan correlacionadas hasta el punto de que explique buena parte de la mejora de la salud total que acompaña las crisis económicas.

El consumo patológico de alcohol también varía con la tasa de desempleo y su correlación es positiva, por lo que las enfermedades y muertes relacionadas también se ven influidas (incluidos los accidentes de tráfico derivados del consumo de alcohol). Esto choca teniendo en cuenta que otros estudios sugerían lo contrario. Estos desfases en los datos pueden deberse a varios motivos, como por ejemplo que los coeficientes son poco significativos y por tanto más susceptibles de cambio; que beber poco aumenta con la bonanza económica pero los comportamientos peligrosos con el alcohol disminuyen; que los datos de la muestra no son representativos de la población; etc. El autor conviene en ser cauteloso a la hora de estudiar la relación entre ciclos económicos y consumo de alcohol.

Durante la crisis económica el consumo de fruta y verdura aumenta, así como la práctica de ejercicio. Rhum cree que las personas tienden más a querer estar en su peso y al disponer de más tiempo libre lo dedican a hacer deporte, cuidarse y comer mejor. Así, los problemas derivados del sobrepeso disminuyen con la crisis.

Por último, la relación entre cuidados médicos preventivos (mamografías, exámenes del intestino, revisiones médicas generales, etc.) parecen tener una correlación negativa con el desempleo.

3.3: Aplicación del RD-Ley 16/2012.

“Yo Sí, Sanidad Universal” es una plataforma de desobediencia civil surgida por usuarios y trabajadores del SNS que nace como respuesta al RD-Ley 16/2012, porque consideran que está contra el modelo universal que caracterizaba al SNS hasta ese momento. El objetivo de esta plataforma es la derogación de la nueva legislación y el restablecimiento del *“derecho fundamental y universal de protección de la salud, con independencia del lugar de origen o situación administrativa de quien requiera atención”* (2013:2).

Además de analizar la reforma en sí, esta plataforma realizó un estudio sobre cómo se aplica esta nueva reforma en la práctica diaria. Para este trabajo vamos a mencionar los resultados de este estudio, sin detenernos en los objetivos, acciones u orientación de la plataforma. Consideramos importante mencionar no sólo los efectos de la crisis y de la aplicación del RD-Ley, sino también otras consecuencias añadidas que puedan surgir de la práctica.

Según este informe, en términos generales lo que se está dando es un proceso de exclusión social. Se ha creado junto a ello un efecto de estigmatización y señalamiento a personas en situación irregular con discursos oficiales acusatorios. Estos dan a entender que son los españoles los merecedores del derecho a la sanidad, y los que no disponen de papeles de residencia en España se “están aprovechando” de ella. La consecuencia de esto ha sido una situación de miedo e inseguridad que ha llevado a muchos usuarios y usuarias a no solicitar atención médica. Se ha instalado una idea de que “si no tengo trabajo no tengo derecho” en personas que incluso sí tienen derecho de asistencia. Además de esta campaña disuasoria estigmatizante, se observan incumplimientos de los ya de por sí excluyentes reales decretos.

Uno de esos incumplimientos se da en atención a urgencias. En muchos hospitales pueden leerse carteles que piden mostrar las tarjetas sanitarias para cada una de las prestaciones y servicios ofrecidos, incluidos el de urgencias. En este sentido, el miedo juega un papel importante, provocando que muchas personas se sientan estigmatizadas y eludan en muchas ocasiones cualquier situación conflictiva que les exponga en demasía, como en este caso acudir a urgencias.

Otra de estas medidas disuasorias que vulnera el propio RD 16/2012 (ya que las urgencias graves están cubiertas por ley a todas las personas) es la entrega de “hojas informativas” donde se comunica a los usuarios sin documentos acreditativos que la asistencia a urgencias va a ser cobrada, o incluso de la entrega de una factura por la atención a urgencias. En algunos casos se pide al usuario que firme esta hoja o factura, agravando así la situación¹¹. Muchas personas por miedo a asumir una deuda optan por abandonar el centro asistencial cuando se encuentran ante esta factura u hoja informativa. En este informe se incluyen fotos de documentos bajo estas circunstancias.

En los casos más extremos, se da una directa denegación a la atención de urgencias. Lo consecuencia de esto se agrava cuando, tal y como ocurre muchas veces, el miedo recae no sólo en el usuario, sino también en su entorno social, que al estar la misma situación de exclusión, creerá que tampoco tiene derecho a recibir atención de urgencias.

A pesar de que según el RD-L 16/2012 los inmigrantes menores de edad y las embarazadas tienen derecho a la asistencia durante el embarazo, parto y post parto, muchas veces por el miedo mencionado anteriormente no acuden al médico. Además, aun sabiendo que tienen la posibilidad de ser atendidos, existe un entramado burocrático, consecuente de la falta de distribución de competencias entre el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS en adelante) y los centros de salud, que dificulta la asistencia efectiva de las embarazadas y menores. Algunos trabajadores de la sanidad afirmaron a la plataforma que han aumentado los casos de partos de embarazos no controlados.

Otro problema que se deriva de la no atención es la posible pérdida de control sobre las enfermedades de declaración obligatoria. Este problema puede ser especialmente importante teniendo en cuenta que en la lista de las enfermedades de declaración obligatoria se incluyen algunas transmisibles que pueden suponer un

¹¹ La muerte de Alpha Pam es un ejemplo del caso más extremo al que puede llevar esta situación.
<http://www.elmundo.es/elmundo/2013/05/03/espana/1367595025.html>

riesgo para la salud pública por su facilidad de transmisión (y un posterior coste elevado en términos económicos).

Por otro lado, se ha observado también un abandono en las prácticas de prevención, como por ejemplo el cobro de las vacunas “opcionales”, que podrían acarrear consecuencias futuras para la salud pública. Las reformas farmacéuticas del RD-Ley también han supuesto un sesgo de exclusión en la práctica ya que según esta plataforma muchas personas tienen dificultades para pagar la medicación.

Resumiendo, denuncian las siguientes situaciones: improvisación de los trabajadores (por no tener instrucciones concretas a la hora de proceder en algunos casos); arbitrariedad; negación de la asistencia por desconocimiento o por inseguridad a la hora de proceder los administrativos y profesionales sanitarios en general; instrucciones autonómicas que no llegan a los profesionales de los centros sanitarios que deben aplicarlas y que desconocen cómo actuar en un entramado burocrático difícil de resolver (denegando en estas situaciones, la asistencia al usuario); facturación de urgencias; problemas a la atención a embarazadas, a menores y a personas sin tarjeta sanitaria en general; desconocimiento de la legislación (tanto por parte de usuarios y como de trabajadores); miedo a desobedecer un RD-L; y la incompetencia.

3.4: El neoliberalismo y sus consecuencias en la situación sanitaria.

Encontramos autores, como Sánchez (1998) que defiende la idea de que existe una ideología imperante que está penetrando cada vez más en nuestra sociedad. Esta corriente de pensamiento viene con el neoliberalismo económico, y es conservadora en su vertiente moral. El paradigma en el que se basa es la concepción de que “los más aptos son los que sobreviven”, o en otras palabras, en una especie de “darwinismo social”. Una de las características del neoliberalismo es la reducción del gasto y de la influencia del Estado para permitir el libre juego económico. Por tanto esta tendencia lleva a recortar el gasto público y a reforzar la privatización del sector público. Según este autor, la máxima expresión de esta tendencia económica han sido los gobiernos de Ronald Reagan (EEUU) y de Margaret Thatcher (Reino Unido).

También se pretende privatizar la sanidad ya que, según esta ideología neoliberal imperante, se entiende que ganaría en eficiencia. Sánchez señala que no está demostrado que la gestión privada sea más eficiente, y advierte además que bajo esta situación late una cuestión de crucial importancia, la mercantilización de la salud. Si se implanta este nuevo paradigma neoliberal y se privatiza el sector sanitario, se dejará de considerar primordial la búsqueda de la salud de las personas, en pro de la consecución de beneficios económicos. Los efectos negativos de esta ideología se harán evidentes al verse la población que su atención depende de la rentabilidad o no de ésta. Además, una parte de la población quedará desatendida. Si esta tendencia económica avanza, además de reducir el gasto público y así las prestaciones médicas a los ciudadanos, también se permitirá cada vez menos la participación de la población en la gestión y la planificación del SNS; en esta tesis coincide con Huertas (1999). Otra de las consecuencias de la actual tendencia neoliberal, tal y como se aprecia en otros ámbitos sociales como, por ejemplo, en la empleabilidad, es la individualización de los problemas de salud. Se responsabiliza al individuo de su enfermedad, olvidando cada vez más las causas sociales de ésta.

Este tipo de estudios se describen para mostrar el estado de la cuestión en el tema que nos ocupa. Pero para los objetivos que se persiguen en este trabajo no resultan demasiado relevantes ya que se decantan por un planteamiento muy teórico y general, y precisamente este trabajo busca concretar una realidad social para poder analizarla y en la medida de lo posible medirla.

4: Metodología.

Esta investigación surge con el deseo de poder medir y aportar datos sobre *cuánto* puede afectar la crisis económica a la salud de las personas, así como también sobre *cuánto* puede afectar una determinada política. La cuestión que surge de forma inmediata es establecer esta cuantificación. Si bien una metodología cuantitativa nos permite analizar determinados fenómenos sociales, la realidad es muy compleja y muchas consecuencias de la crisis no iban a ser evidentes ni medibles. Por ello se ha optado por utilizar técnicas de metodología cuantitativa y cualitativa, con la intención de profundizar en las distintas perspectivas de esta realidad social. Pretendemos construir una visión global sobre la relación entre economía y la aplicación del RD-Ley

16/2012 y la salud. En este sentido se incluyen tanto datos objetivos sobre el estado de salud de las personas como también la percepción de médicos y ciudadanos en calidad de pacientes sobre el SNS.

Así, partiendo de una revisión bibliográfica como primera forma de contacto con el tema, se han elaborado entrevistas en profundidad con fines exploratorios a la vez que comprensivos a personal sanitario; se han consultado datos sobre la valoración del SNS por parte de los españoles; y por último, también se han revisado datos estadísticos para conocer si el estado de salud ha variado desde la crisis económica, así como desde la aprobación e implementación del RD-Ley 16/2012.

Igualmente se preparó una encuesta *on-line* destinada a los médicos colegiados de España, con la intención de que fuera distribuida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

4.1: Revisión de fuentes documentales y estadísticas.

En una primera etapa de esta investigación se revisaron publicaciones relacionadas con el tema, con la pretensión de conocer el estado de la cuestión. Los criterios para seleccionar los textos fueron: a) que algunos de ellos fueran actuales, a ser posible que se comentara algo sobre los efectos de la actual crisis económica y de las políticas de recortes; b) que hubiera variedad de posturas; c) que algunos de ellos trataran concretamente sobre la relación entre crisis económica y salud; y d) que la mayor parte de la bibliografía estuviera basada en datos a la hora de defender sus postulados. Se detallan en el capítulo 3.

4.2: Entrevistas a médicos, enfermeros y administrativos (público y privado).

Una vez revisada la bibliografía se elaboró un plan de trabajo de campo para recabar datos primarios. La primera fase del trabajo de campo estaba pensada para que fuera principalmente de carácter exploratorio, aunque también como apoyo para una comprensión más profunda sobre el tema. Para ello se optó por la técnica cualitativa de las entrevistas semiestructuradas véase Valles (1999). Este esquema se planteó de forma flexible y emergente, de forma que se fue reestructurando y perfeccionando a medida que se iban realizando las entrevistas.

Con esta fase se pretendía un mejor conocimiento sobre el tema, así como un acercamiento al lenguaje utilizado por la comunidad sanitaria, un primer planteamiento del problema de estudio a los profesionales sanitarios y la valoración de su parte sobre éste (tanto del tema como del planteamiento del trabajo), una orientación en la toma de datos (dónde consultar datos, a quién entrevistar -efecto bola de nieve-, qué preguntar, etc.), y finalmente, estas entrevistas han supuesto claramente una ayuda de cara a la elaboración del posterior cuestionario para la encuesta *on-line* a los médicos.

Se diseñó una muestra teórica a partir de lo que se consideraron las variables más importantes que iban a definir los distintos discursos. Éstas variables fueron tres:

- tipo de centro; profesional de centro de salud público/ privado
- profesión del entrevistado (administrativo/a, enfermero/a, médico/a)
- ubicación del centro de trabajo; atención a pacientes de barrio socioeconómico bajo-medio, medio y medio-alto.

Se esperaba obtener con este diseño de la muestra el principio de saturación de la información del que hablan Glaser y Strauss, véase Valles (1999). De forma esquemática y resumida, así quedó el diseño de la muestra:

Sistema Sanitario Público			Sanidad Privada
Clase Baja-media	Clase media	Clase Media-Alta	Clínica privada
Administrativo/a	Administrativo/a	Administrativo/a	Administrativo/a
Médico/a	Médico/a	Médico/a	Médico/a
Enfermero/a	Enfermero/a	Enfermero/a	Enfermero/a

Se realizaron entrevistas a 5 de estos perfiles: a médicos, a administrativos y a enfermeros de centros de salud de clase media; y a una administrativa y enfermera de una clínica privada. Se realizaron un total de 9 entrevistas (se hicieron varias entrevistas por cada perfil). Casi todas las entrevistas se hicieron en persona, salvo una que, por razones de disponibilidad, se hizo vía chat. La experiencia de realizar una entrevista a través de Internet proporcionó facilidades y limitaciones en la entrevista. Las principales limitaciones fueron la eliminación de la espontaneidad, la

no captación del lenguaje “no verbal”, o la no posibilidad de darse posibles e interesantes silencios como en una conversación natural. Sin embargo este tipo de entrevista también presentó algunos aspectos favorables para la captación de información. Por un lado, la entrevista se alargó durante toda la tarde, permitiendo detenernos más en cada cuestión ya que la otra persona no tenía prisa por acabar la entrevista. Esto repercutía en las respuestas; muchas veces eran notoriamente más reflexivas ya que la persona que se encontraba al otro lado del chat podía dedicarle más tiempo a pensar las respuestas. Por otro lado, la eliminación del “cara a cara” puede favorecer respuestas más sinceras (menos exposición a sesgo de deseabilidad social). El análisis de éstas se comentará en el capítulo 5.3.

4.3: Encuesta a médicos.

Existen encuestas a ciudadanos donde se les pregunta sobre temas relacionados con la sanidad española (Barómetro Sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-, analizado en el capítulo 5), existen entrevistas realizadas a médicos por parte de otros investigadores, por ejemplo por Legido et al. (2013b); pero no abundan estudios de carácter cuantitativo que se centren en la opinión del personal sanitario.

Así, partiendo de las entrevistas efectuadas en esta investigación al personal sanitario, se ha elaborado un cuestionario dirigido a médicos. En él se plantean preguntas acerca de su experiencia laboral, sobre su opinión de los efectos de la crisis económica en la salud, de los efectos del RD-Ley 16/2012 en la salud, de la gestión sanitaria, y de la privatización de la gestión pública sanitaria. Se trató de abarcar toda la población a estudiar, es decir a todos los médicos en activo. Para ello, teniendo en cuenta que todos los médicos deben estar colegiados por ley, era necesario acceder a un marco muestral que contuviera la lista de colegiados. Se presentó una petición en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (órgano que coordina los colegios de todas las CC.AA) para que distribuyera el cuestionario. Por razones de recursos económicos y temporales, la encuesta se planteó para que fuera electrónica. Desgraciadamente en el momento de redactar este escrito esta encuesta no ha podido efectuarse por problemas de calendario entre el CGCMOE y la investigación, aunque no hay que descartar la posibilidad de que en futuras

publicaciones podamos ofrecer el análisis de sus resultados. El cuestionario se puede consultar en un anexo.

4.4: Análisis de la opinión de los ciudadanos (en calidad de pacientes).

Se han consultado las series temporales publicadas en el CIS, provenientes mayoritariamente de los datos del Barómetro Sanitario que realiza regularmente ésta institución. Se observará a través de estos datos la evolución de la concepción que tienen los ciudadanos sobre el sistema sanitario. Principalmente, se pretende conocer si ha habido algún cambio notorio en la opinión, debido a la crisis o a la aplicación del RD-Ley. El análisis se muestra en el capítulo 5.2.

4.5: Análisis de datos de salud.

Se ha analizado la situación real del estado de salud de la población tras la crisis. Debido a que no hay datos disponibles tras el año 2012, no hemos podido realizar el mismo análisis en relación a la aplicación del RD-L 16/2012. Este es uno de los puntos más importantes, ya que en estos datos es donde se espera observar algún cambio (o no) en el estado de salud y de ellos depende en buena medida el apoyo o refutación de las hipótesis planteadas. Se han consultado fuentes de organismos públicos. Además, con el fin de poder tener un criterio de fiabilidad de los datos, se han consultado varias fuentes para comprobar que eran coherentes entre sí. Su análisis se presenta el capítulo 5.1. Las principales fuentes utilizadas han sido las siguientes:

- Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Organización Mundial de la Salud (OMS); oficina regional para Europa.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); series temporales.

5: Análisis.

5. 1: Datos estadísticos sobre el estado de salud.

Para conocer el estado real de la salud de las personas se han consultado distintos tipos de indicadores: tasas de mortalidad, esperanza de vida, morbilidad y problemas de salud, y gasto sanitario en términos generales. De cada una de ellas se

ha consultado su evolución mediante series temporales. Por otro lado hemos efectuado un primer análisis exploratorio con la matriz de correlaciones de unas 100 variables seleccionadas por su especial interés, de la amplia base de datos de la OMS, y también de sus tasas de crecimiento. El principal obstáculo de las correlaciones es que existen pocos datos disponibles para España, resultando correlaciones poco fiables. Muchas de estas correlaciones presentaban un nivel de significación mayor de 0,05, de modo que no han podido incorporarse en el análisis. Por otro lado, las variables absolutas presentan muchas veces correlaciones espurias o engañosas, ya que dos variables pueden presentar tendencias progresivas y tener poco que ver entre sí. Por ejemplo, como la mayoría de las causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio presentan una tendencia constante hacia la disminución, mientras que la fecha en años aumenta; la correlación resulta alta por esta circunstancia, pero estas variables no tienen por qué estar relacionadas.

5.1.1: Mortalidad.

Veamos en primer lugar cómo ha evolucionado la Tasa Estandarizada de Mortalidad (TEM) por edades, desde 1980 hasta 2011, para todas las causas de muerte. En el gráfico 5.1.1.1 se muestra esta serie para España y Europa. Se observa una tendencia progresiva y regular hacia una disminución de todas las causas agregadas de muerte, sin ningún cambio significativo en la época de la crisis económica del 2008. En cualquier caso, observamos en una primera aproximación que si la crisis económica ha afectado a alguna causa de muerte, no ha sido de forma considerable.

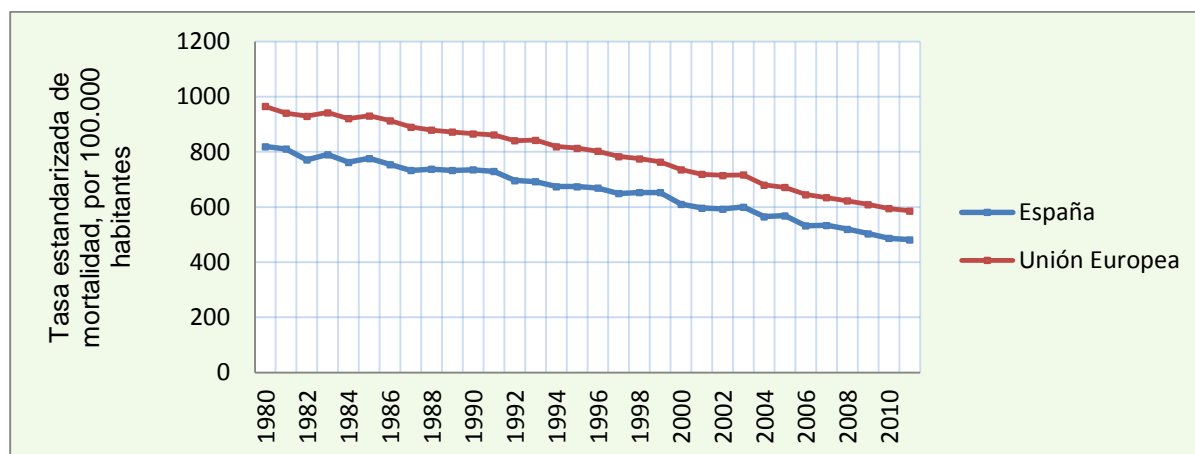


Gráfico 5.1.1.1. TEM. Todas las causas. OMS.

A continuación se muestra en el gráfico 5.1.1.2 la evolución de la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes, las causas de muerte por 100.000 habitantes y también desagregadas en 9 categorías, en todos los casos tomando como unidad de referencia el nivel en el año 2000.

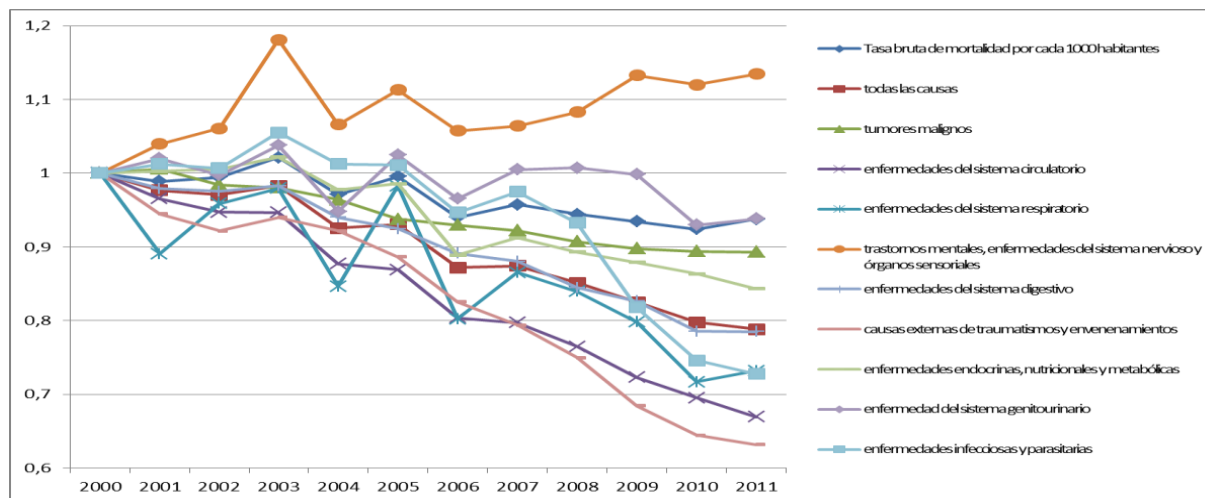


Gráfico 5.1.1.2. Tasas de mortalidad (año 2000=1). Fuente: OMS.

En general se observa que la mayoría de las enfermedades evolucionan con una tendencia descendente a lo largo del tiempo, sin variaciones destacables en el período de crisis. No obstante, notamos el peculiar comportamiento del índice referente a los “trastornos mentales, enfermedades de tipo nervioso y órganos sensoriales”.

El gráfico 5.1.1.3 muestra la evolución detallada las muertes relacionadas con “trastornos mentales, del sistema nervioso y de los órganos sensoriales”, desde los años 1970 hasta el 2011.

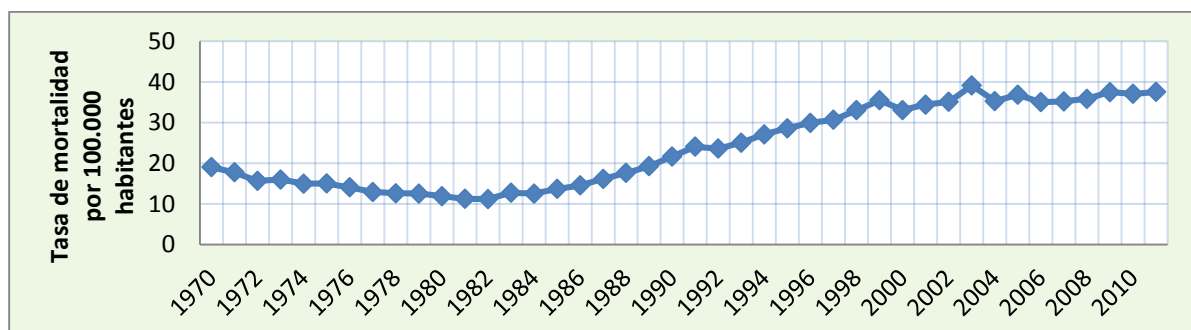


Gráfico 5.1.1.3. Trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales. Fuente: OMS.

Este índice ha crecido desde 1981, siendo el único que ha evidenciado un ascenso. Legido (2013b) advertía de un posible aumento de las enfermedades mentales como consecuencia de la crisis económica. Aunque sí muestra un ligero aumento del año 2008 al año 2009 (pasando de una tasa de mortalidad del 35,9 al 37,5 muertes por 100.000 habitantes), éste no destaca respecto a otros repuntes que se han dado igualmente en otros años en los que no ha habido crisis económica, como por ejemplo del año 1997 a 1998, que también aumentó de 30,7 a 33,1.

Por otra parte, en relación a los accidentes de tráfico (tanto los totales como los de vehículos de motor), los datos reflejan una disminución constante y prácticamente invariable desde el año 1998. Tapia (2013) afirma que los accidentes de tráfico disminuyen con las crisis y aumentan con los auges económicos. Partiendo de los datos de la OMS para España, la correlación entre la “tasa de crecimiento de la tasa de desempleo” y la “tasa de crecimiento de la mortalidad por accidentes de transporte” (todas las edades, por 100.000 habitantes) es $r=0.467$ (para $p=0,011$, $n=29$). La tasa de crecimiento de ésta causa de muerte también presenta una correlación alta con la “tasa de crecimiento del PIB real”, $r=0,483$ ($p=0,006$, $n=31$). De forma similar, la correlación entre “tasa de crecimiento de muertes por accidentes de tráfico con vehículos de motor” (todas las edades, por 100.000 habitantes) con la “tasa de crecimiento del PIB real PPA per cápita” es de $r=0,426$ ($p=0,017$, $n=31$). Es posible que con las crisis haya una tendencia a la disminución de los accidentes, pero en el caso de España ésta tendencia no se aprecia en la crisis actual, aunque sí parece corresponderse con las crisis económicas pasadas, tal y como puede apreciarse en el gráfico 5.1.1.4. Determinadas campañas y políticas públicas en fomento de la prudencia en la conducción pueden reflejar sus resultados en estos datos. La producción de automóviles más seguros, y de vías en mejores condiciones, pueden ser otras posibles causas.

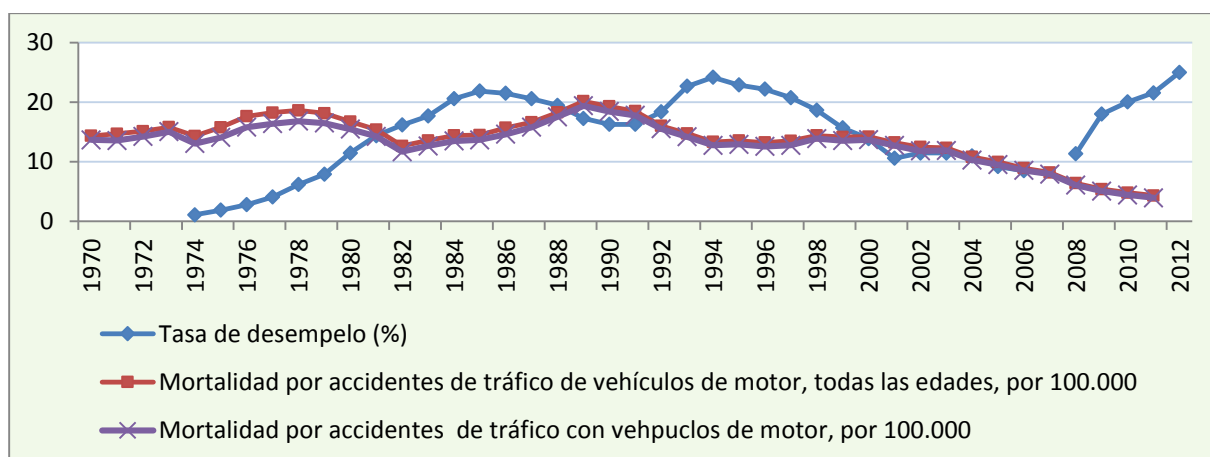


Gráfico 5.1.1.4. Accidentes de transporte totales y de vehículos de motor. Fuente: OMS.

En cuanto a los suicidios, los autores mencionados en el apartado 3, afirman que en épocas de crisis éstos aumentan, quizá por las situaciones de estrés y tensión que generan por ejemplo el desempleo. No obstante Tapia (2013) ha señalado que en España apenas tenía incidencia este aumento. Como comparativa, añadimos el gráfico 5.1.1.5 de los suicidios de España y Unión Europea, en los que se observa un ligero repunte del año 2007 al 2008 en los dos casos. En España el aumento es de 6,1 en 2007 a 6,5 en 2008, aunque volviendo a disminuir desde el año 2009.

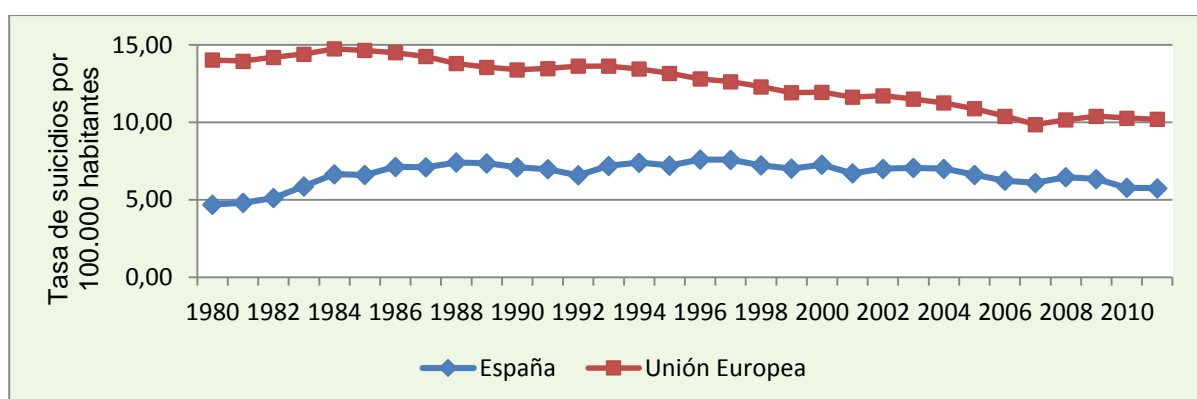


Gráfico 5.1.1.5. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios. Fuente: OMS

En el caso de la unión europea, el aumento en la tasa de suicidio durante la crisis económica es igualmente bajo: del 9,9 en 2007 al 10,4 en el 2009, un 0,5 de diferencia. Sin embargo no debemos olvidar que otras situaciones de crisis político-económicas si han coincidido con un aumento considerable de los suicidios. Como ejemplo, adjuntamos el gráfico 5.1.1.6 con algunos países que formaban la antigua URSS en donde se constata que el período posterior a su disolución los suicidios aumentaron de una forma espectacular.

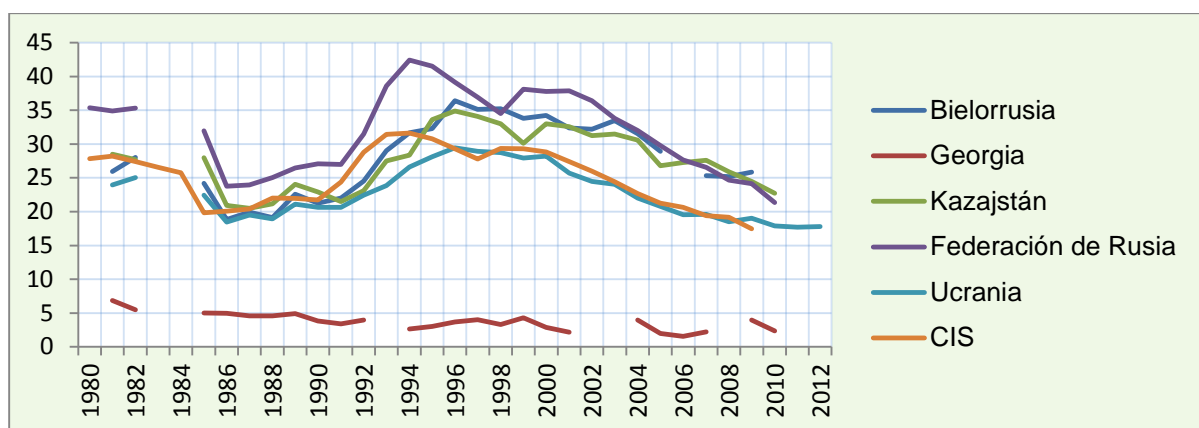


Gráfico 5.1.1.6. Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios. Fuente: OMS

Caben varias interpretaciones a un aumento tan bajo de los suicidios durante la crisis económica. Es posible que la crisis no afecte a la tasa de suicidios, o que en España se dan una serie de factores (por ejemplo, que las personas esté especialmente protegidas y apoyadas por un grupo social) que contrarresten esa tendencia a aumentar los suicidios con la crisis económica. De cara a futuros trabajos sería conveniente observar otras épocas de crisis económica y otros países, para observar si todos los países se comportan de forma similar en sus tasas de suicidio cuando se dan las condiciones de crisis económica, o ver qué países son más proclives a aumentar sus tasas.

5.1.2: Esperanza de vida al nacer.

La definición de “esperanza de vida” que nos proporciona el INE entiende por ésta “*el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado*¹²”. Además, señala este indicador como el “*más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población*¹³”. Vamos a observar si se han dado cambios en la esperanza de vida al nacer desde el inicio de la crisis económica. También en este caso, no podemos observar si existe un cambio desde la aprobación

¹²http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagina me=ProductosYServicios/PYSLayout

¹³http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagina me=ProductosYServicios/PYSLayout

del RD-Ley 16/2012 debido a que los datos disponibles no alcanzan años posteriores al 2012.

Apenas se dan diferencias entre los datos sobre la esperanza de vida entre las distintas fuentes de la OMS, UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) o el INE (Instituto Nacional de Estadística); existe un desfase de apenas unas décimas. Utilizaremos los datos del INE ya que nos proporciona el dato hasta el 2012.



Gráfico 5.1.2.1. Esperanza de vida al nacer en España. Fuente: INE.

El gráfico 5.1.2.1 nos muestra en una primera aproximación, cómo ha evolucionado la esperanza de vida al nacer desde el año 1991 en España. Se observa que el aumento es progresivo y continuado, sin disminuciones ni grandes variaciones en períodos cortos de tiempo, desde 1991 al 2012. En cuanto a la tasa de crecimiento -gráfico 5.1.2.2-, observamos que disminuye en el 2007, y no llega a aumentar como en años anteriores a la crisis; pero estas disminuciones en la tasa de crecimiento se dan de forma similar en épocas en las que no hay crisis económica, como en el año 2003 por ejemplo.

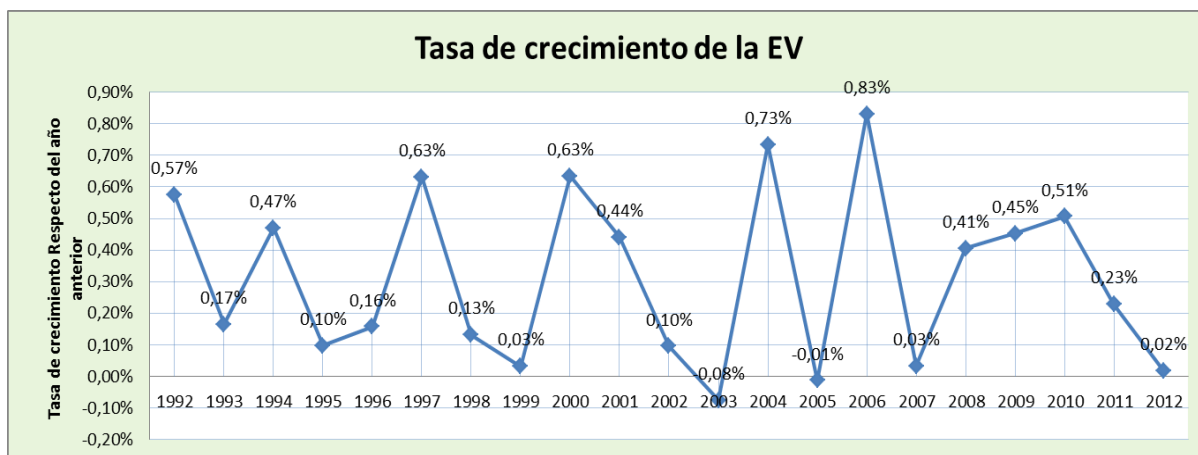


Gráfico 5.1.2.2. Tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer en España. Fuente: INE

Si representamos en un diagrama de dispersión la tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer (EV) con la tasa de crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) Real PPA, desde 1981 hasta 2011, y añadimos una línea de tendencia que resulta prácticamente horizontal, se observa una independencia en el comportamiento de ambas variables -gráfico 5.1.2.3-.

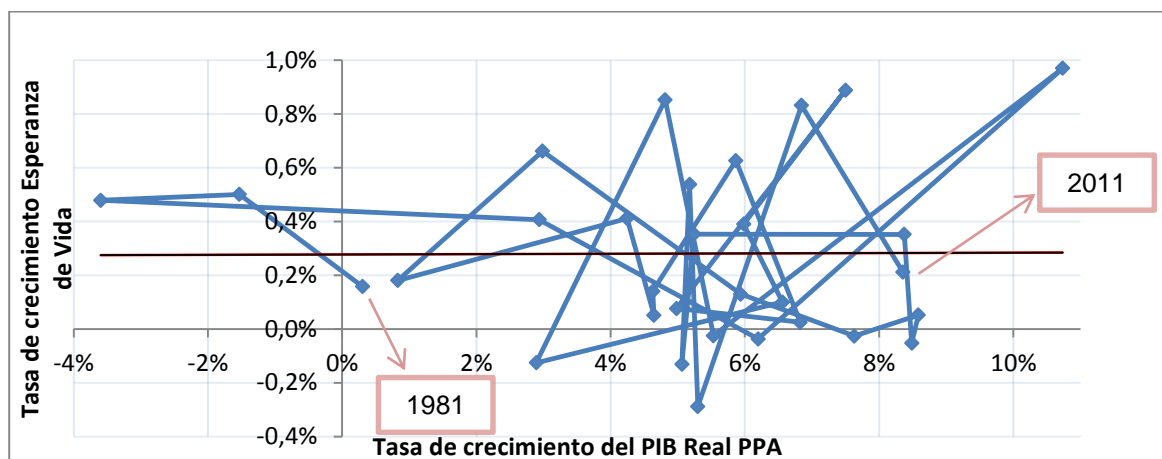


Gráfico 5.1.2.3. Tasa de crecimiento del PIB y tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer.
Fuente: OMS.

Este resultado no debe hacernos olvidar que evidentemente el PIB sí está correlacionado con la esperanza de vida cuando hacemos un análisis sincrónico para varios países o regiones¹⁴. Pero esta circunstancia no tiene un efecto tan importante cuando se estudia un país durante un período en el que se mantiene un nivel de vida elevado, y para unos indicadores que evolucionan de forma paralela, pero con oscilaciones a corto plazo que no están vinculadas, como veremos más adelante. Para indicar esta relación entre las variables, que no entre sus tasas de crecimiento, mostramos el gráfico de dispersión de las mismas -gráfico 5.1.2.4-, para el mismo período temporal, 1981-2011.

¹⁴ Véase una revisión de esta bibliografía en Ruhm (2000: 619). Este autor señala que esta relación es muy fuerte en los países en desarrollo, pero más ambigua en los países industrializados.

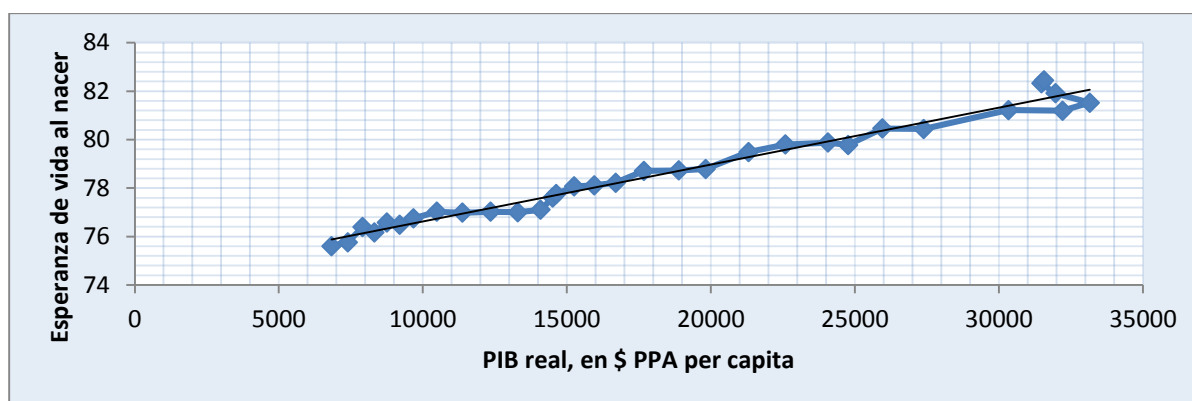


Gráfico 5.1.2.4. PIB Real y esperanza de vida. Fuente OMS.

El otro indicador clásico para señalar las crisis económicas, además del PIB, es la tasa de desempleo. En el gráfico 5.1.2.5 se muestra para los años 1992-2012 la nube de puntos con la relación entre la tasa de desempleo (TD) y la esperanza de vida al nacer (EV); en el 5.1.2.6 la tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer y la tasa de crecimiento de la tasa de desempleo; y en el 5.1.2.7 el incremento de la tasa de desempleo en relación al incremento en la esperanza de vida. Como puede apreciarse, la dispersión de los puntos sugiere que la relación entre estas variables es realmente mínima para el período indicado en España. El gráfico 5.1.2.5 muestra cómo aumenta la esperanza de vida gradualmente mientras que la tasa de desempleo se distribuye entre épocas de bonanza y de crisis; no se aprecia una relación importante. En el gráfico 5.1.2.6 se observa que el incremento en la esperanza de vida no tiene relación aparente con la tasa de desempleo; los incrementos en la esperanza de vida van asociados tanto a las tasas de desempleo más altas como a tasas más bajas. En el gráfico 5.1.2.7 tampoco se aprecia una relación clara entre incremento de la esperanza de vida e incremento en la tasa de desempleo. No obstante, téngase en cuenta que es conveniente observar más casos para poder establecer una relación más clara entre estas variables.

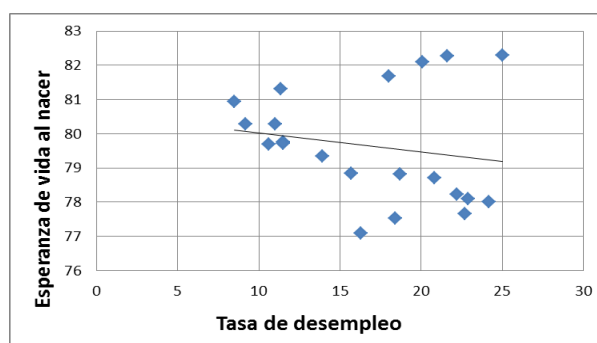


Gráfico 5.1.2.5. TD y EV. Fuente: OMS, INE

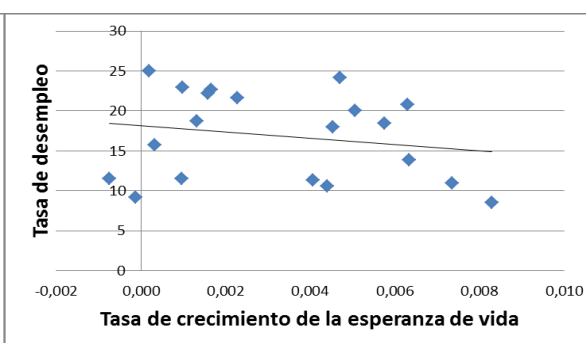


Gráfico 5.1.2.6. T.Cre. EV y TD. Fuente: OMS, INE.

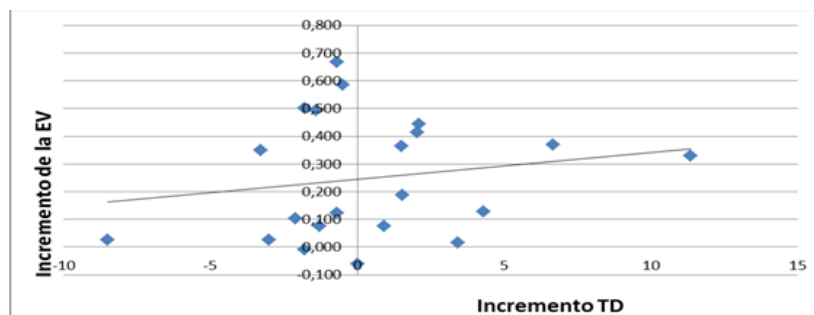


Gráfico 5.1.2.7. ΔTD y ΔEV. Fuente: OMS, INE.

De todos los indicadores el que quizá mejor represente el estado de salud de una población es la esperanza de vida al nacer. Por ello resulta interesante estudiar las relaciones que este índice pueda tener con otros, como por ejemplo el PIB, que a su vez es quizá el indicador clásico para analizar la evolución de una economía. Para ello hemos usado los datos que la OMS ofrece para cada uno de los países europeos. Hacemos un análisis más general, no ciñéndonos sólo al caso de España, porque los datos para España no son suficientes para permitirnos un análisis adecuado. No obstante es evidente que otras variables pueden tener una influencia muy importante en la esperanza de vida, como pueden ser el porcentaje del PIB dedicado al gasto sanitario. Para ilustrar esta relación construiremos un modelo de regresión lineal en el que la variable dependiente será la esperanza de vida, y las variables independientes el PIB real en \$PPA, el porcentaje del PIB destinado a gasto sanitario, el número de camas por 100.000 habitantes y el tiempo e años. Como datos hemos usado los que la OMS ofrece para todos los países europeos desde 1970 hasta el 2012, aunque estos datos están incompletos para algunos años. El modelo ofrece los siguientes resultados:

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	311,015	22,340		13,922	,000
Tiempo	-,120	,011	-,191	-10,804	,000
PIB real	,000	,000	,529	23,781	,000
Gasto salud %PIB	,705	,038	,380	18,352	,000
Camas / 100000	-,005	,000	-,285	-16,290	,000

Tabla. 5.1.2.1. Regresión lineal para la esperanza de vida.

La ecuación de regresión resulta:

$$Y = 311,015 - 0,12044 \cdot \text{tiempo} + 0,00018 \cdot \text{PIB real} + 0,70532 \cdot \text{gasto salud \%PIB} - 0,00478 \cdot \text{camas}$$

El modelo presenta un $R^2=0,836$, lo que supone una proporción relativamente alta de explicación de la varianza de la variable dependiente (esperanza de vida). La variable más relacionada con la esperanza de vida es el PIB real, ya que presenta un coeficiente β de 0,529 en relación a la variable dependiente. Como sabemos, la esperanza de vida depende realmente de muchos factores (dieta, higiene, calidad de cuidados médicos, guerras, etc.), que a su vez dependen de otros (avances científicos en medicina, situaciones sociopolíticas, costumbres culturales, etc.), pero todos ellos están de forma directa o indirecta relacionados con el PIB. El segundo coeficiente más importante es el gasto en salud en porcentaje del PIB. No obstante, y como muestra el gráfico de residuos 5.1.2.8, el modelo lineal no se ajusta más que de forma grosera a los datos. En este modelo lineal, si ampliamos cualquiera de las variables, la esperanza de vida aumenta como el coeficiente correspondiente, algo poco realista. Además, no debemos olvidar que la realidad siempre es más compleja que cualquier modelo.

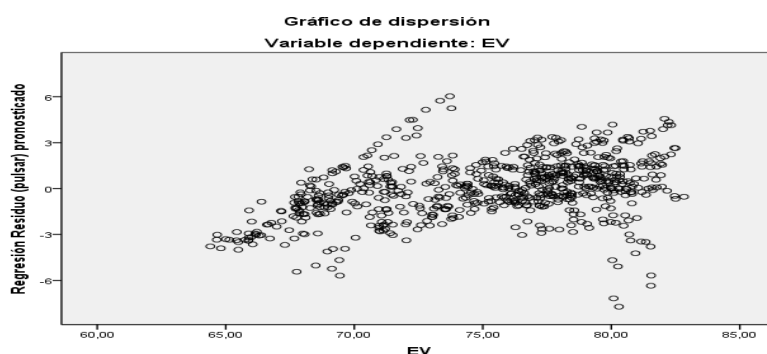


Gráfico 5.1.2.8. Gráfico de residuos.

Vamos pues a intentar una aproximación no lineal a la esperanza de vida, pero usando sólo el PIB real como variable independiente para simplificar. Probaremos de forma tentativa con tres modelos: logarítmico, cuadrático y cúbico. Los coeficientes correspondientes resultan

Ecuación	Resumen del modelo					Estimaciones de los parámetros			
	R cuadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Logarítmica	,692	2683,411	1	1196	,000	38,705	3,840		
Cuadrático	,756	1847,463	2	1195	,000	68,123	,001	,000	
Cúbico	,763	1283,476	3	1194	,000	67,443	,001	,000	,000

Tabla 5.1.2.2. Regresión no-lineal para la esperanza de vida.

Aunque el modelo cuadrático y el cúbico tienen una R^2 mayor que el logarítmico, sin embargo preferimos éste ya que nos permite extrapolar mejor casos

con PIB mayores, mientras que las aproximaciones polinómicas por su propia naturaleza no son realistas ante esta extrapolación. En el gráfico 5.1.2.9 mostramos la distancia entre los tres modelos y los datos.

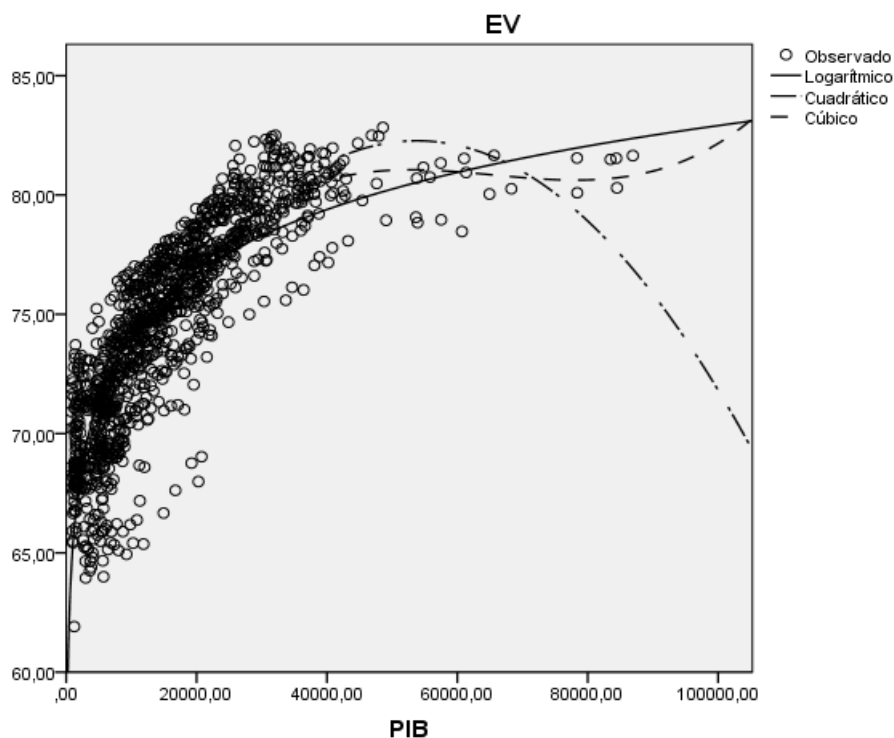


Gráfico 5.1.2.9. Modelos no lineales para la esperanza de vida.

Las fórmulas de los tres modelos resultan:

$$Y = 38,705 + 3,840 \cdot \ln(\text{PIB})$$

$$Y = 68,123 + 0,001 \cdot \text{PIB} - 0,000000004892 \cdot \text{PIB}^2$$

$$Y = 67,443 + 0,001 \cdot \text{PIB} - 0,00000001055 \cdot \text{PIB}^2 + 0,000000000000005368 \cdot \text{PIB}^3$$

Como vemos, la esperanza de vida tiende a crecer con el PIB, pero de forma decreciente.

5.1.3: Morbilidad y problemas de salud.

En cuanto a la morbilidad observada, se muestra en primer lugar el gráfico 5.1.3.1 con los enfermos dados de alta de todas las causas de forma agregada, desde el año 2000 al 2010. La misma tendencia descendente observada para la mortalidad se aprecia en las altas hospitalarias por 100.000 habitantes, una disminución prolongada y progresiva, sin grandes cambios en el período de la crisis económica desde el 2007.

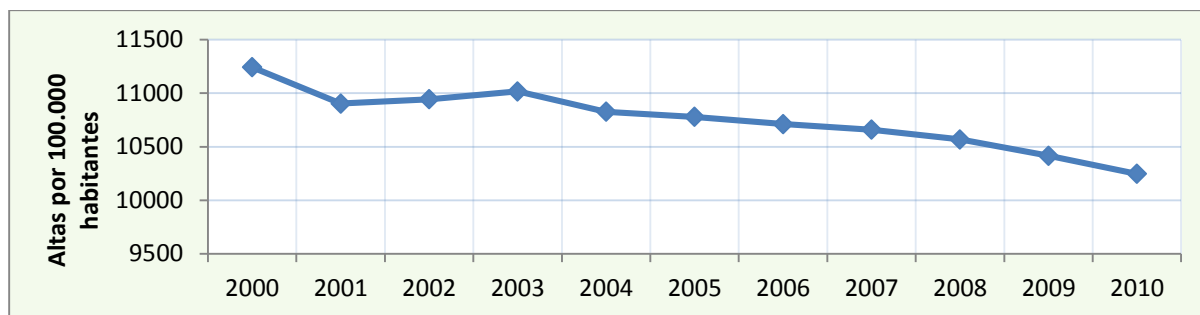


Gráfico 5.1.3.1. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes. Todas las causas. INE

En los gráficos 5.1.3.2 y 5.1.3.3 se puede observar la evolución de las enfermedades y problemas de salud clasificados en 19 causas. Se dividen en dos gráficos para facilitar su consulta. La tendencia general que se aprecia en la mayoría de enfermedades es la del mantenimiento en un nivel relativamente constante.

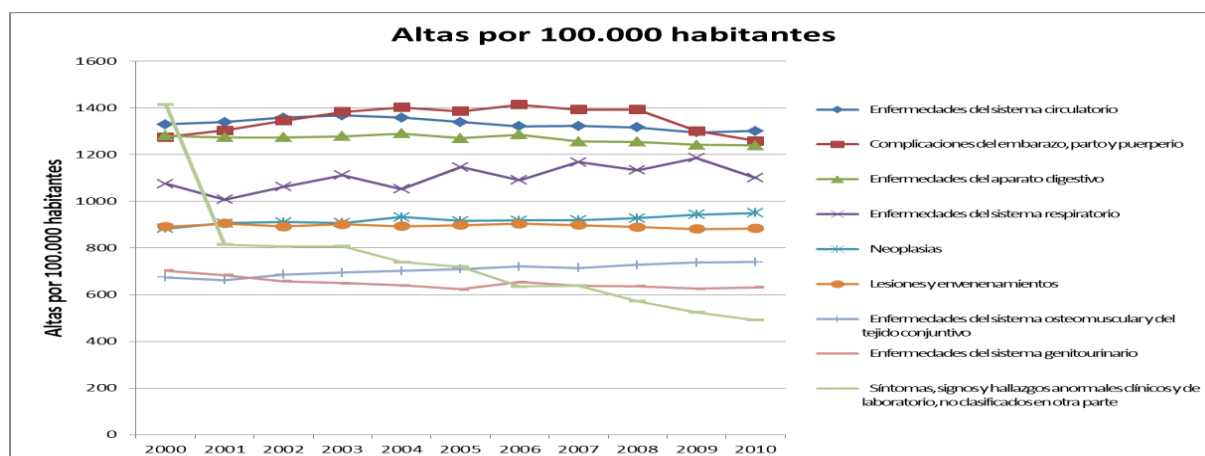


Gráfico 5.1.3.2. Altas de 9 causas de morbilidad. Fuente: INE.

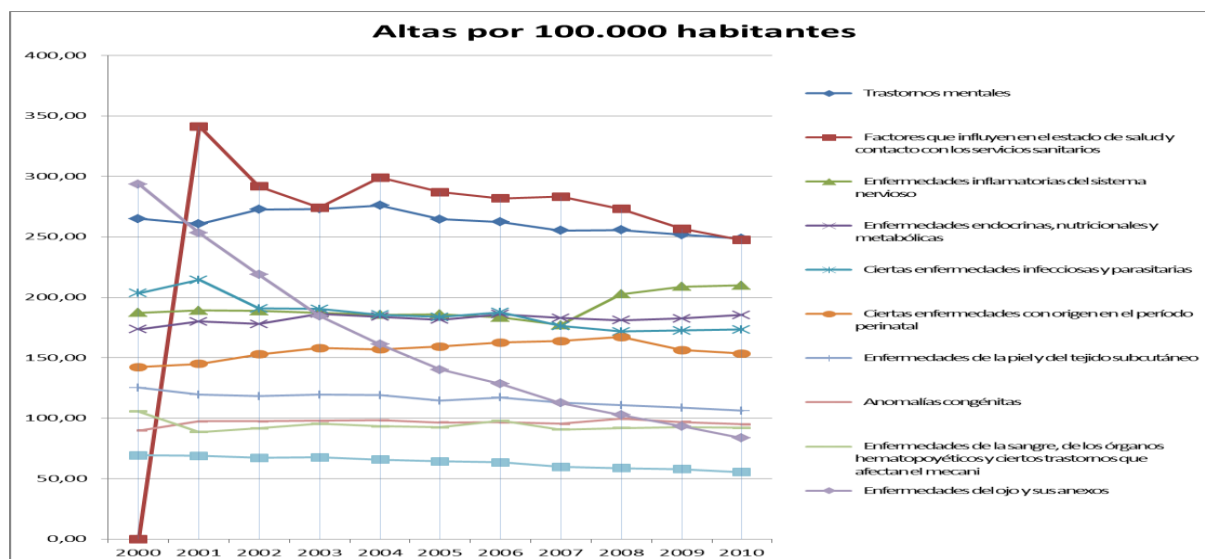


Gráfico 5.1.3.3. Altas de 10 causas de morbilidad. Fuente: INE.

Algunas de estas causas de morbilidad destacan en su evolución. Por un lado se da una disminución destacable y acentuada desde el 2007, de la serie “síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio, no clasificados en otra parte”, pero ésta puede ser atribuida a las mejoras de diagnóstico fruto de investigación y desarrollo por parte de la comunidad científica y médica. No parece haber indicios de una relación con las crisis económicas. Por otro lado, resalta la disminución en las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio” precisamente en período de crisis económica, cuando la tendencia hasta ese momento era de un aumento suave. También la serie "Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal" manifiesta un peculiar descenso desde el año 2007, de forma similar a la anterior.

Por otro lado, llama la atención el aumento desde el 2007 de las “enfermedades inflamatorias del sistema nervioso”. Esto estaría en correspondencia con el aumento en las enfermedades infecciosas durante las recesiones económicas señalado por Suhrcke et al. (2011) en la sección 3.1.1. Lo explican por las condiciones de vida peores, restricciones a la atención y el cuidado, o el empeoramiento en la calidad de tratamientos.

5.1.4: Gasto Sanitario como porcentaje del PIB.

Otro de los indicadores que nos sirven para conocer el estado de salud, y sobre todo su relación con la crisis económica, es el gasto en porcentaje del PIB que se dedica para la sanidad. El gráfico 5.1.4.1 nos muestra la evolución de la estimación de la OMS del gasto total sanitario como % del PIB; la parte de éste proveniente del sector privado y la parte proveniente del sector público. La tendencia general desde 1995 ha sido hacia su aumento, y desde el 2009 éste ha sido más pronunciado (exceptuando el año 2011 en el que disminuyó un 0.3%).

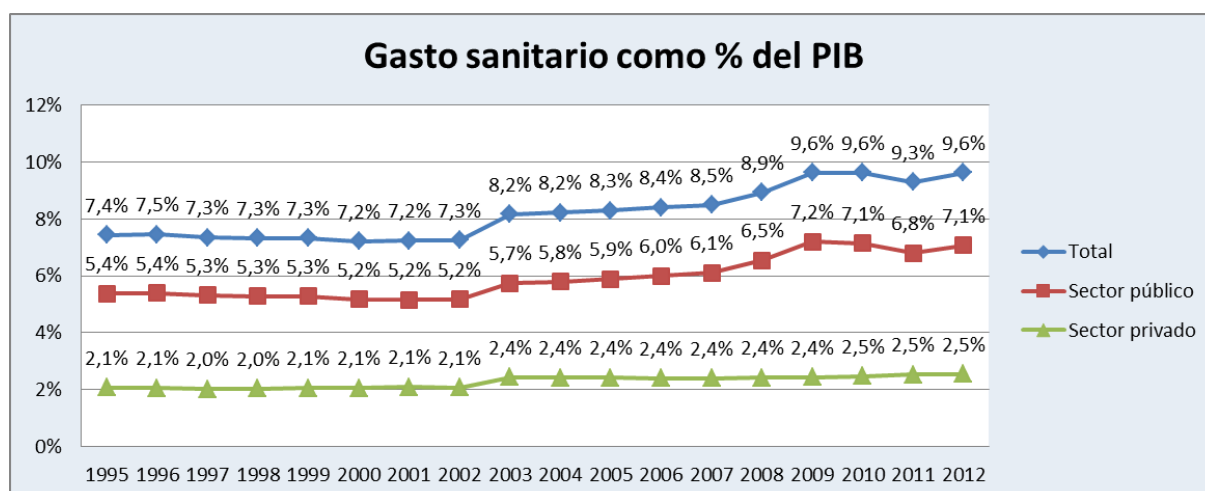


Gráfico 5.1.4.1. Gasto Sanitario como % del PIB. Fuente: OMS

5.2: Opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud.

La finalidad de esta parte del estudio es conocer si desde la crisis económica ha habido cambios en la valoración de los ciudadanos acerca del SNS. Ésta valoración puede ser un indicador indirecto de su calidad de vida y su estado de salud. Dado que los últimos datos disponibles datan del 2012, no ha sido posible realizar un análisis similar en relación a la aplicación del RD-Ley 16/2012.

El CIS realiza de forma regular estudios sobre temas relacionados con la sanidad¹⁵ (principalmente el *Barómetro Sanitario*, anteriormente conocido como *barómetro sobre el Sistema Sanitario*, o *Encuesta Nacional de Salud*) donde se recogen las opiniones de los españoles relativas a varios aspectos de su salud y del SNS, como por ejemplo sobre las listas de espera, sobre el trato recibido, sobre errores médicos y negligencias, sobre la facilidad de conseguir una cita, etc. Este organismo presenta dos ventajas en cuanto al uso de sus datos: a) realiza desde los años 80 encuestas sobre salud; algunas de éstas de forma estandarizada de tal forma que pueden ser utilizados para un estudio longitudinal (muestras similares, comparten las mismas preguntas e incluso su posicionamiento suele ser el mismo dentro del cuestionario.); y como consecuencia de esto, b) el CIS ha elaborado un conjunto de “series temporales” que permiten comparar los resultados de las mismas preguntas a lo largo de varios años.

¹⁵ http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/listaTematico.jsp?tema=106&todos=si

Se han examinado las series temporales relativas a la sanidad (véase la plataforma *on-line*¹⁶ del CIS). Aunque no vamos a comentar cada una de las 122 series existentes, diremos que prácticamente todas muestran una opinión favorable hacia cada uno de los aspectos del SNS, y no presentan cambios significativos en la valoración desde la crisis económica. No obstante, vamos a destacar algunas de estas series ya que o bien no muestran una opinión favorable hacia algún aspecto del SNS, o bien presentan un cambio significativo desde la crisis económica en algunas de sus respuestas.

Como puede observarse en los gráficos 5.2.1 (1995-2012) y 5.2.2 (2001-2012), la percepción general hacia el SNS es favorable y con tendencia creciente. En los años de inicio de la crisis, en el 2008 y 2009, puede observarse incluso un aumento ligero de esta satisfacción general. Cabe destacar cómo, la respuesta más positiva de todas, es decir “*En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien*”, aumenta ligeramente en el 2010 situándose como la segunda opción más contestada, y vuelve a disminuir en el 2012 (interesante tener en cuenta la cercanía temporal con la aprobación del RD-Ley 16/2012 de cara a observaciones futuras).

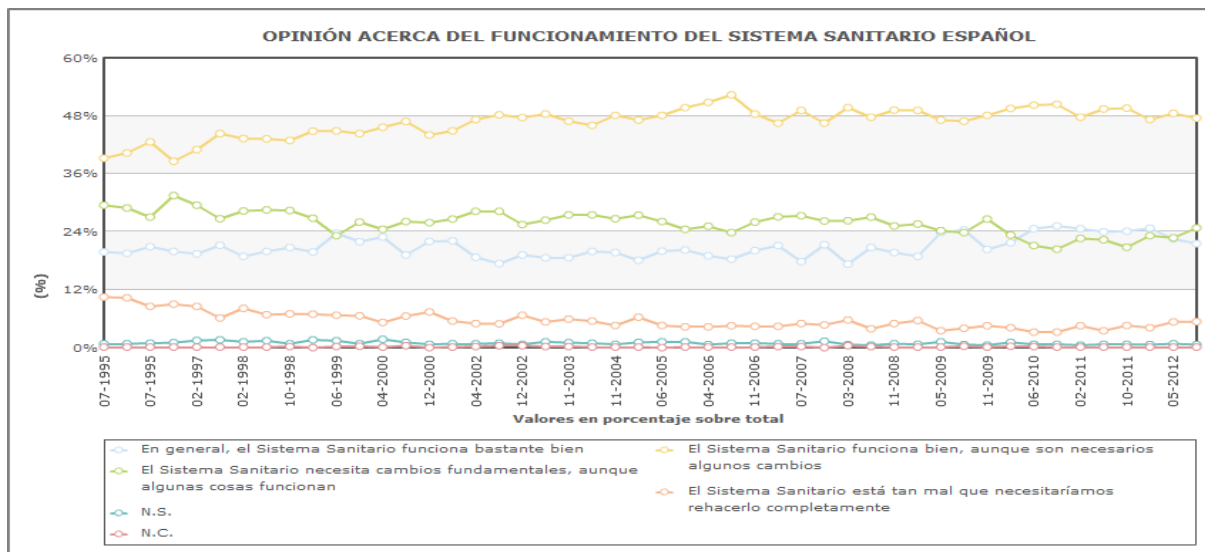


Gráfico 5.2.1. Serie L.1.02.02.001. Fuente: CIS.

¹⁶ <http://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>

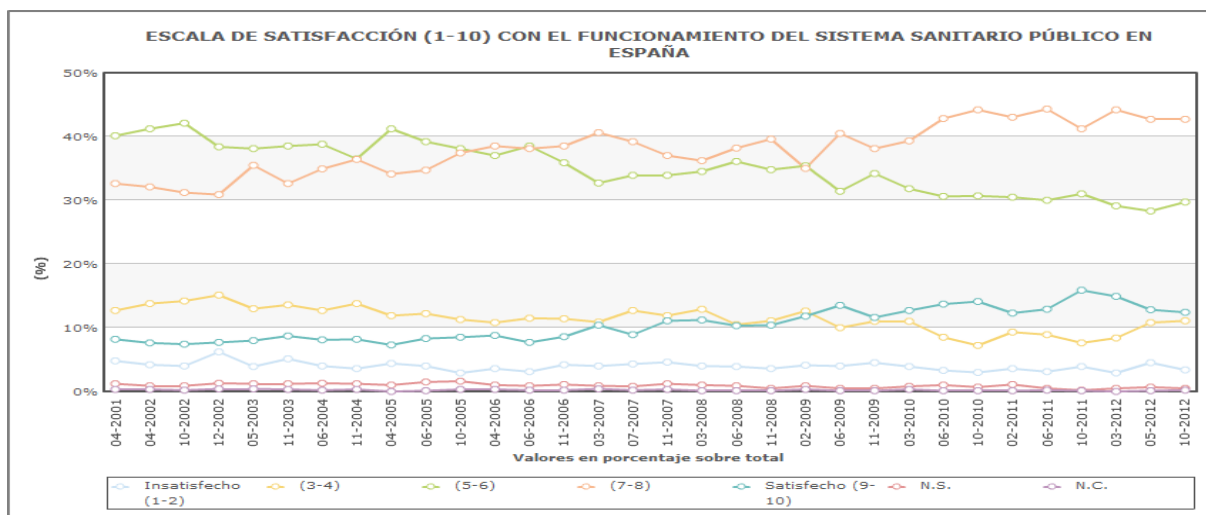


Gráfico 5.2.2. Serie L.1.02.02.002. Fuente: CIS.

No obstante, cuando a los entrevistados se les pregunta acerca de cada uno de los tipos de atención (primaria, especializada u hospitalaria), las opiniones difieren respecto a la percepción general. Se les pide a los entrevistados que den una valoración de los servicios asistenciales sanitarios de los últimos 5 años, de cada uno de estos tres tipos de asistencia. En los tres casos, la respuesta “Sigue igual” pasa a ser la más contestada, dejando en segundo lugar a “Ha mejorado”. Esto sucede así en el año 2007 para el caso de la atención especializada, en el 2008 en el caso de la atención hospitalaria, y en el 2009 para la atención primaria. Véase gráficos 5.2.3 (2004-2011), gráfico 5.2.4 (2004-2011) y gráfico 5.2.5 (2004-2011).

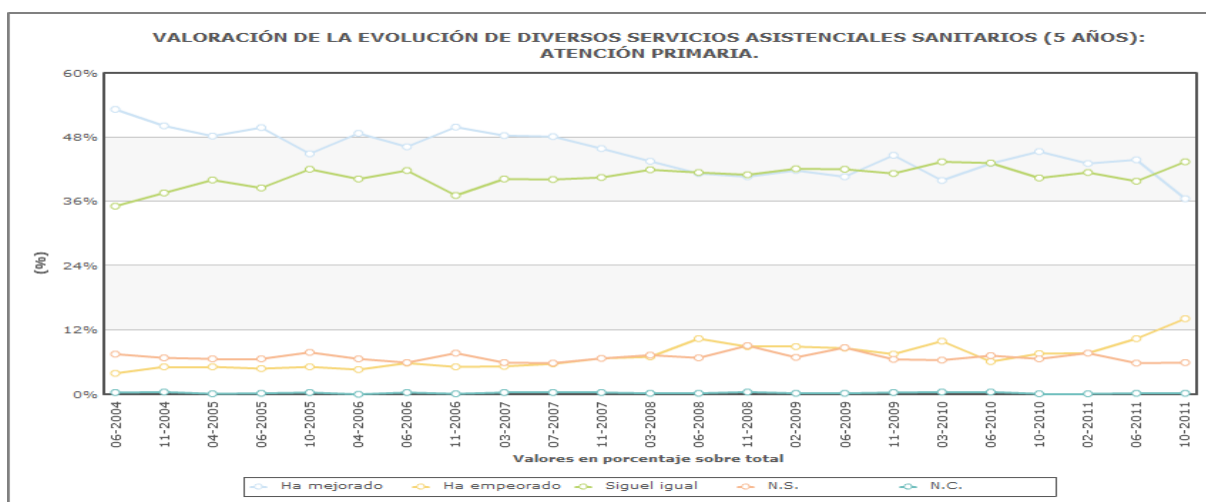


Gráfico 5.2.3. Serie L.1.04.01.025. Fuente: CIS.

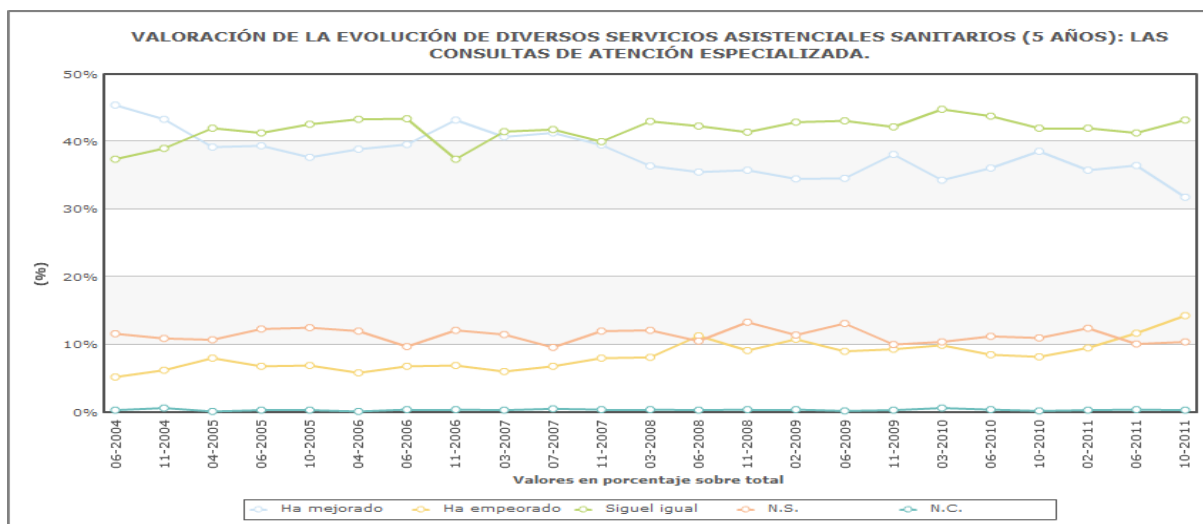


Gráfico 5.2.4. Serie L.1.04.01.026. Fuente: CIS.

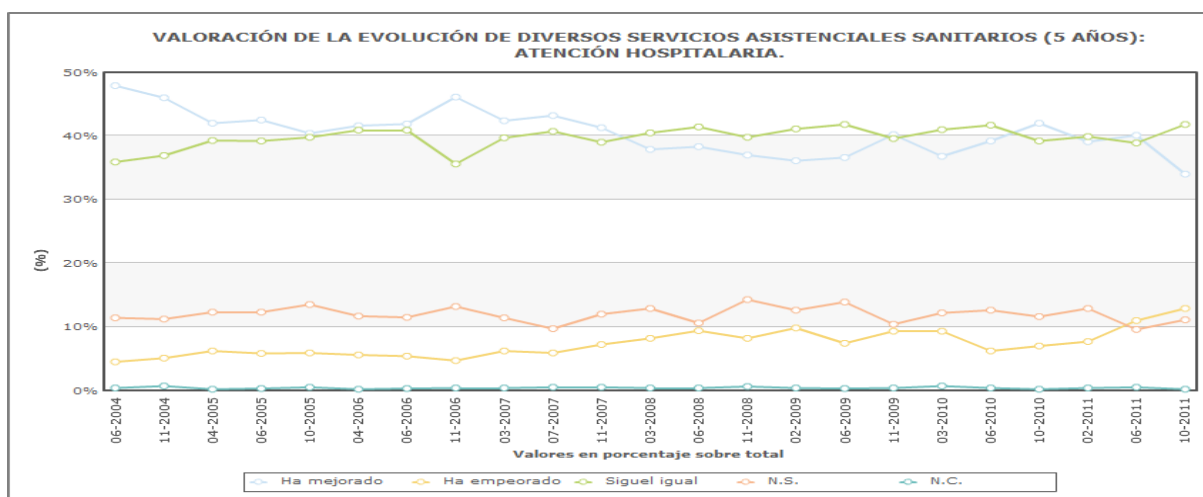


Gráfico 5.2.5. Serie L.1.04.01.027. Fuente: CIS.

La valoración de estas tres atenciones no es incompatible con la valoración general positiva que hemos resaltado inicialmente ya que simplemente se indica si estos servicios han mejorado, se mantienen igual o han empeorado. En cuanto a la elección entre sanidad pública o sanidad privada, la preferencia hacia la sanidad pública muestra una tendencia creciente, especialmente tras el inicio de la crisis, tal y como se muestra en el gráfico 5.2.6 (2006-2010). Es posible que uno de los motivos sean los recursos económicos. Pero como puede observarse en los siguientes gráficos, donde se les pregunta por los motivos por los que escogerían la sanidad pública o privada, muestran esta preferencia por la sanidad pública, cuando la elección depende de: la tecnología y medios de los que dispone (gráfico 5.2.7; 2004-2012), la capacitación de los médicos y las médicas (gráfico 5.2.8; 2004-2012), la capacitación de los enfermeros y las enfermeras (gráfico 5.2.9; 2004-2012), la información que

reciben sobre su problema de salud (gráfico 5.2.10; 2004-2012), y el trato personal que recibe (gráfico 5.2.11; 2004-2012). La valoración de cada uno de éstos aspectos por los que se escoge la sanidad pública, muestra demás una tendencia ascendente.

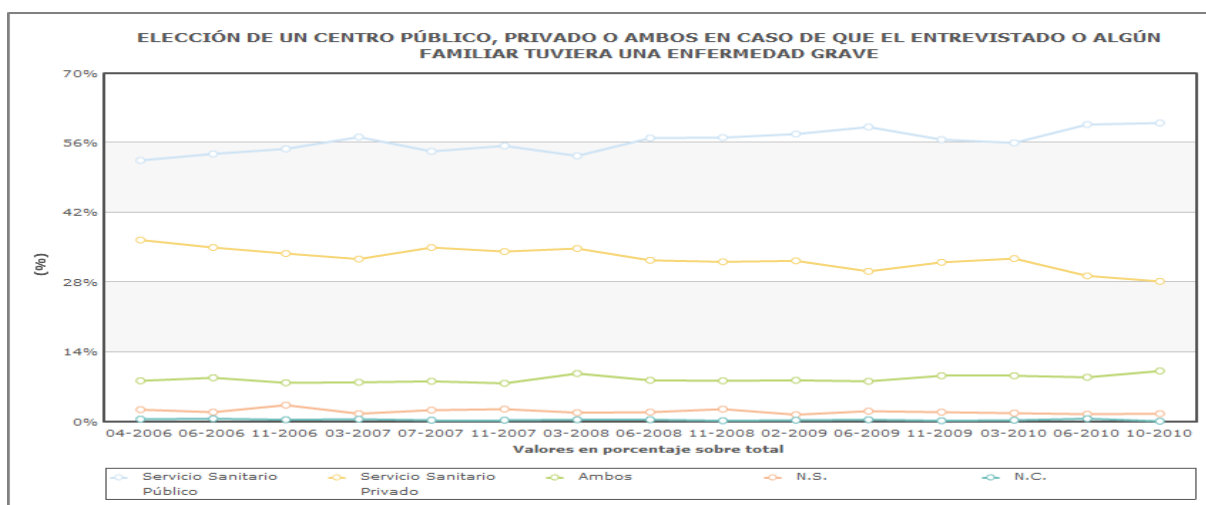


Gráfico 5.2.6. Serie L.1.03.04.002. Fuente: CIS.

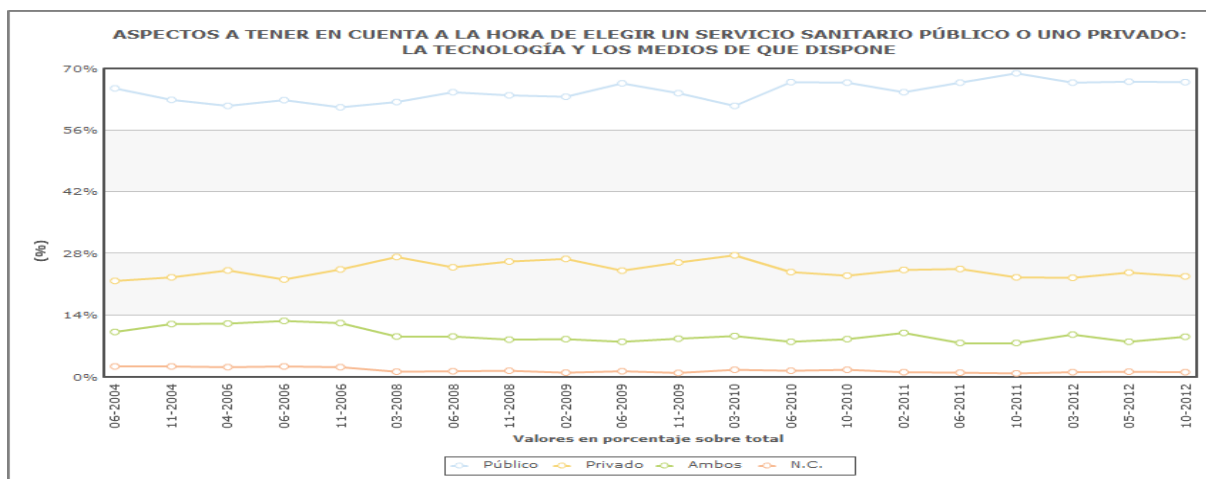


Gráfico 5.2.7. Serie L.1.04.02.038. Fuente: CIS.

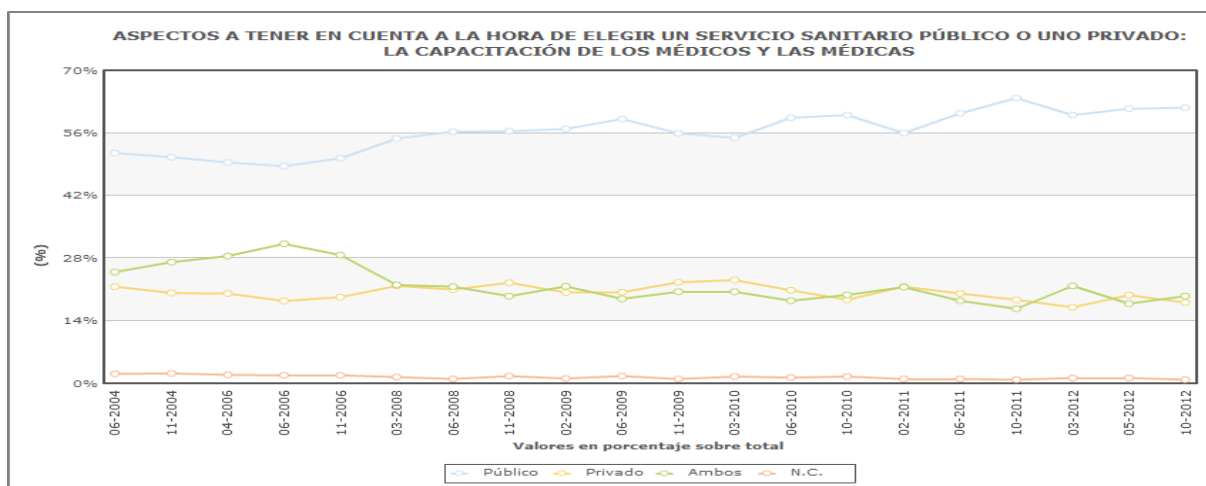


Gráfico 5.2.8. Serie L.1.04.02.039. Fuente: CIS.

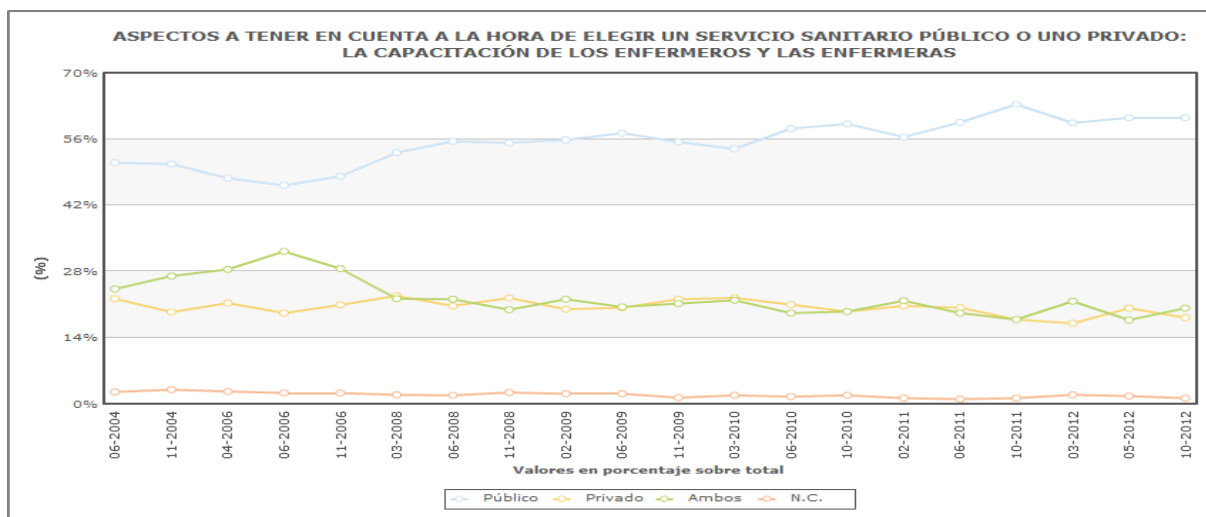


Gráfico 5.2.9. Serie L.1.04.02.040. Fuente: CIS.

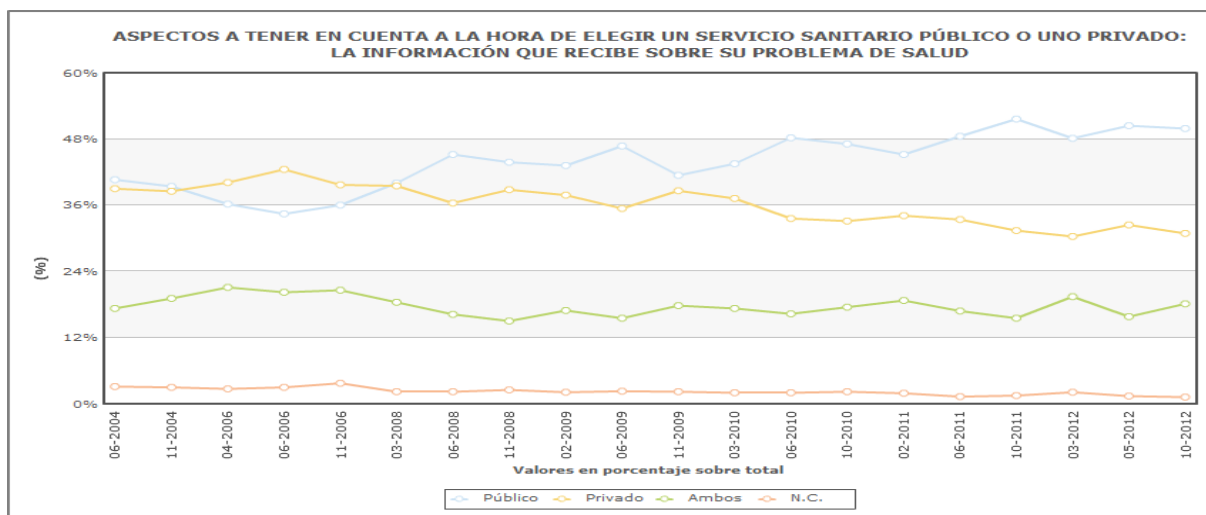


Gráfico 5.2.10. Serie L.1.04.02.042. Fuente: CIS.

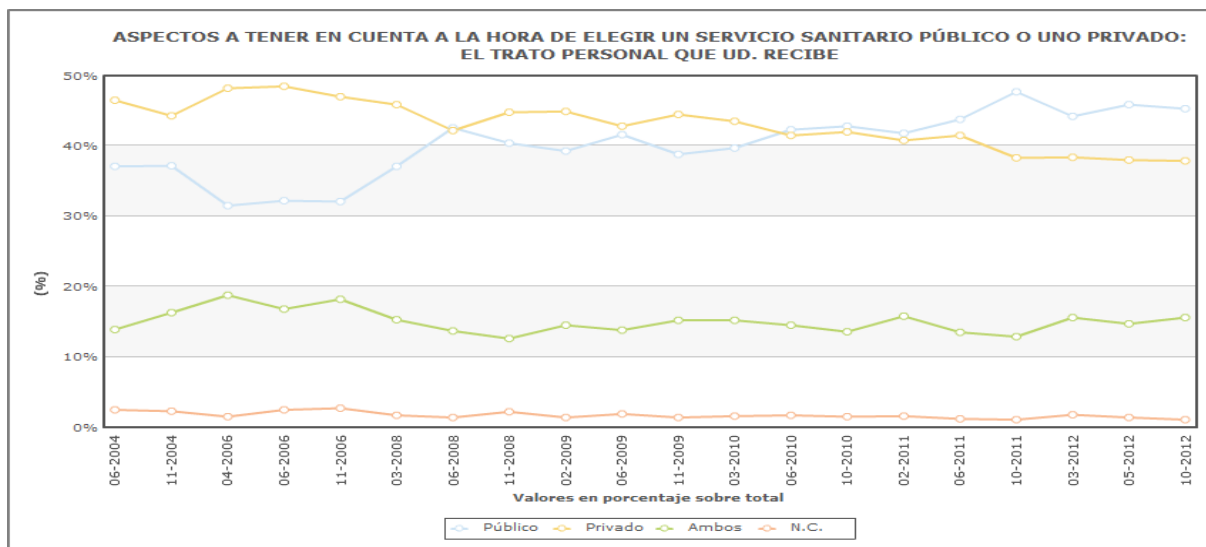


Gráfico 5.2.11- Serie L.1.04.02.043. Fuente: CIS.

Sin embargo, los entrevistados muestran su preferencia por la sanidad privada cuando el criterio de elección depende de la rapidez con que le atienden (gráfico 5.2.12; 2004-2012) y el confort de las instalaciones (gráfico 5.2.13; 2004-2012).

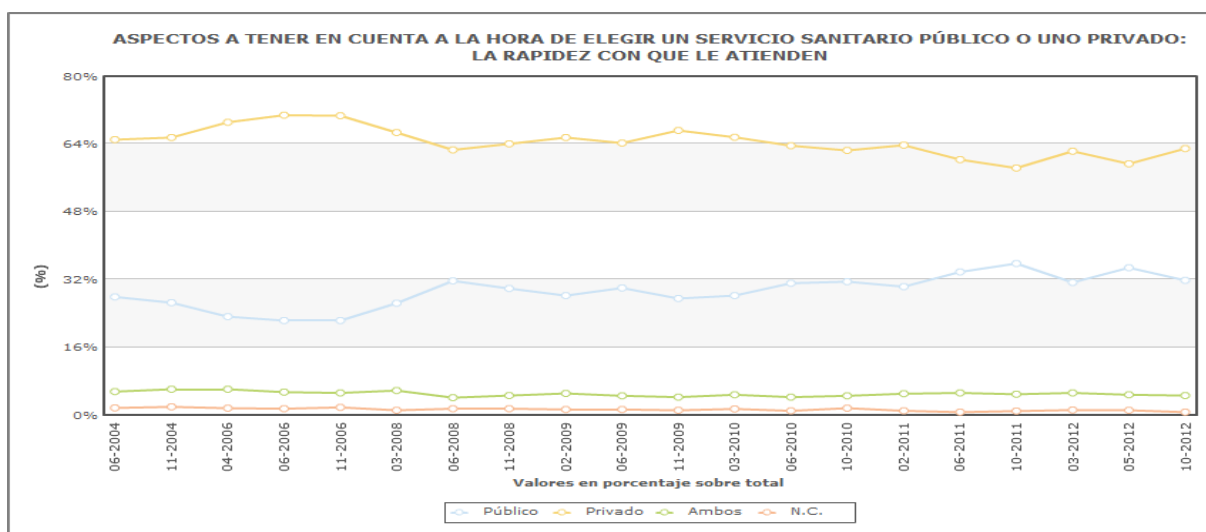


Gráfico 5.2.12. Serie L.1.04.02.041. Fuente: CIS.

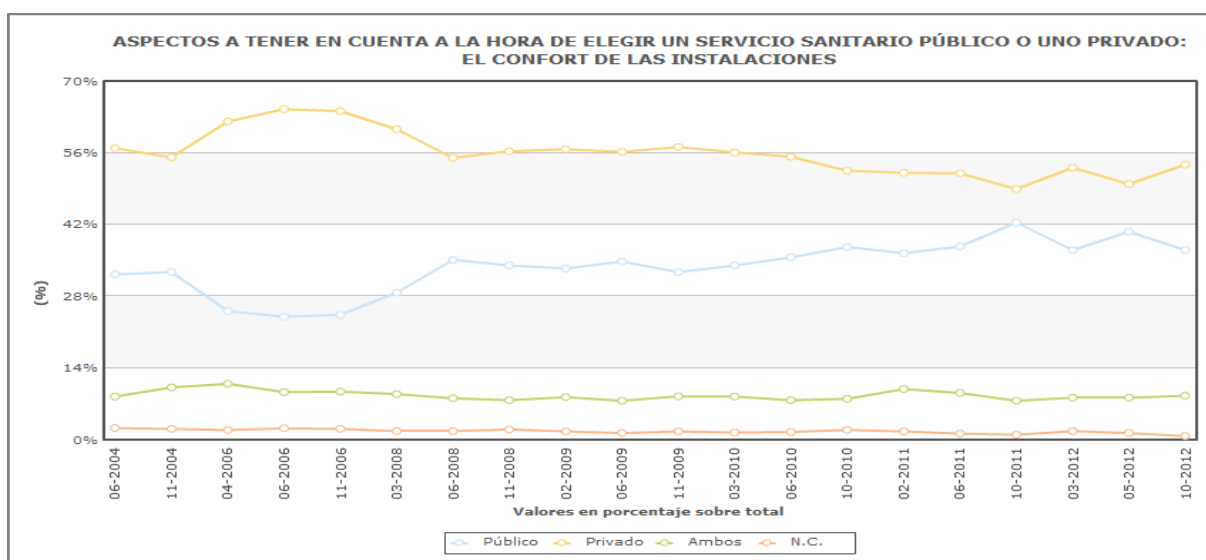


Gráfico 5.2.13. Serie L.1.04.02.044. Fuente: CIS.

Desde el año 2004 los entrevistados ya muestran su preferencia por la sanidad privada en cuanto a la rapidez de las listas de espera, y ésta tendencia se mantiene relativamente constante en todo el período de la serie (2004-2012). Pero ante la valoración retrospectiva de la evolución de las listas de espera en el sistema sanitario (1 año), cuya evolución se representa en el gráfico 5.2.14 (2001-2012), los

entrevistados muestran una clara percepción del empeoramiento de éstas, especialmente desde el año 2010.¹⁷

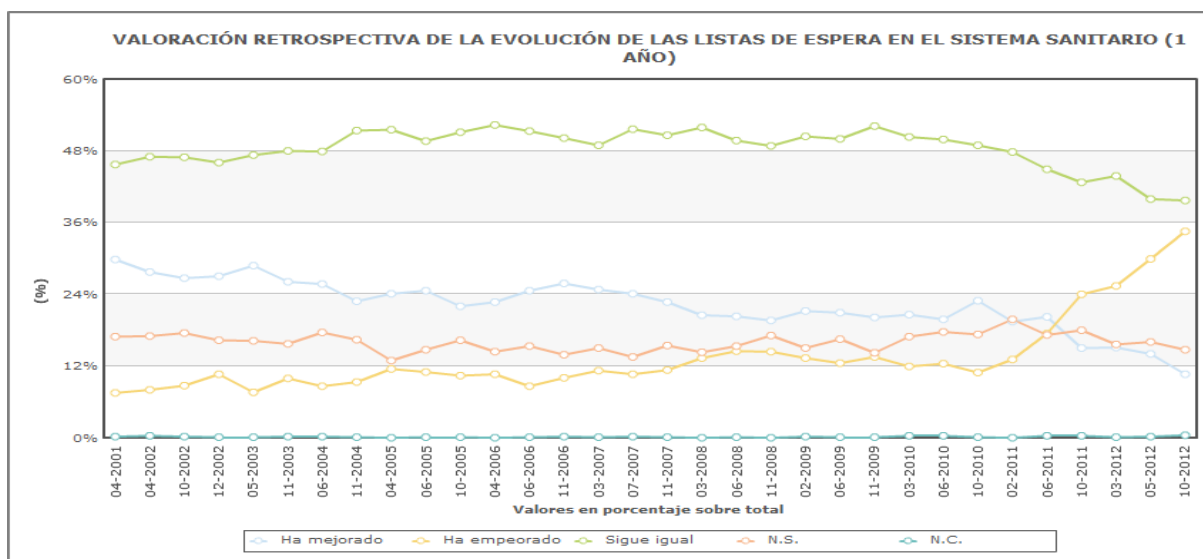


Gráfico 5.2.14. Serie L.1.04.06.003. Fuente: CIS.

Tal y como puede observarse, salvo la valoración de las listas de espera que en muestran una creciente valoración negativa, las encuestas no recogen un cambio en la valoración general en el sistema de salud después de la crisis económica.

Por último, tal y como vemos en el gráfico 5.2.15 (2006-2012), cabe destacar un llamativo cambio de opinión en los encuestados a finales del 2011, notándose un incremento en la opinión de que el residencia legal influye en la prestación de servicios.¹⁸ Esta circunstancia puede deberse a los cambios legislativos del 2012, en donde los inmigrantes sin permiso de residencia fueron excluidos de la sanidad gratuita.

¹⁷ En ese período podíamos encontrar en la prensa noticias que reflejaban ésta percepción negativa:

<http://www.abc.es/20110630/sociedad/abci-listas-espera-sanidad-privada-201106301408.html>

http://elpais.com/diario/2011/10/05/catalunya/1317776841_850215.html

http://elpais.com/diario/2011/10/06/catalunya/1317863240_850215.html

¹⁸ En cuanto a la atención a inmigrantes, podíamos encontrar este tipo de noticias en estas fechas:

<http://www.publico.es/espana/408873/murcia-tambien-pone-trabas-para-atender-a-parados-e-inmigrantes>

<http://www.lavanguardia.com/vida/20110505/54149365302/los-inmigrantes-son-el-12-de-la-poblacion-y-absorben-el-6-8-de-los-servicios-sociales.html>

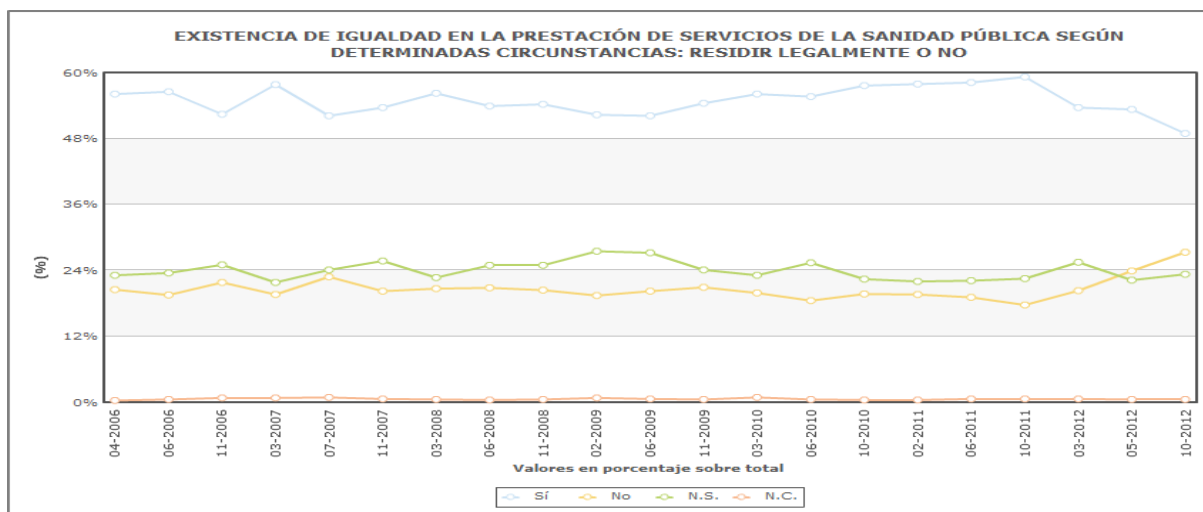


Gráfico 5.2.15. L.1.01.03.008. Fuente: CIS.

Además del análisis de la evolución de la opinión que hemos descrito, los diferentes Barómetros Sanitarios permiten obtener una visión detallada de un instante dado. Hemos estudiado el Barómetro Sanitario del 2013, y se observa una gran homogeneidad sobre la opinión del sistema sanitario para variables como el partido político al que se ha votado, la educación, el tipo de ocupación, el estado de la salud propio o el tamaño del hábitat, etc. Como ejemplo de esta homogeneidad, incluimos la tabla de contingencia con respecto a los ingresos.

		P42. Ingresos netos											Total
		igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
P3. Satisfacción con el sistema sanitario público.	Muy	6	34	31	39	26	18	7	0	2	0	59	222
	2	1	12	25	25	33	16	8	3	0	2	41	166
	3	7	20	47	63	52	12	16	6	1	2	65	291
	4	7	43	73	80	74	41	26	11	4	5	144	508
	5	19	90	152	189	189	98	35	15	6	1	315	1109
	6	23	69	162	209	209	111	66	49	7	5	336	1246
	7	11	125	210	281	298	162	87	48	15	16	434	1687
	8	18	104	230	257	273	165	54	34	15	5	356	1511
	9	7	57	102	93	86	49	26	14	0	1	122	557
	Muy	6	51	82	51	56	25	17	7	0	0	93	388
	N.S.	2	0	4	3	7	4	5	3	0	0	23	51
	N.C.	0	2	3	0	0	2	0	0	0	0	5	12
Total		107	607	1121	1290	1303	703	347	190	50	37	1993	7748

Tabla 5.2.1. Satisfacción con el sistema sanitario público e ingresos. Fuente: CIS.

5.3: Entrevistas semiestructuradas.

Se pretende conocer mediante las entrevistas en profundidad qué opinan y cómo perciben los profesionales sanitarios, en su día a día, el tema que nos ocupa. Esto nos ha ayudado a comprender mejor la realidad, y sobretudo nos ha ayudado al posterior diseño de la encuesta. Además, siempre resulta interesante comprobar la

coherencia entre los resultados cuantitativos y los resultados cualitativos, como veremos a continuación.

Partiendo de un esquema muy general –entrevistas semiestructuradas-, éste se ha ido perfeccionando a medida que se iban efectuando las entrevistas, con el fin de obtener en cada entrevista más y mejor información. Este perfeccionamiento del esquema resultaba esencial de cara a la elaboración de un cuestionario. Las ideas más importantes para este estudio, sin embargo, se recogen desde la primera entrevista, de modo que puede establecerse una comparativa y unas conclusiones.

De las 12 entrevistas previstas para abarcar una muestra fiable, se realizaron 9 entrevistas a 4 de estos perfiles: a administrativas, a enfermeras y enfermeros y a médicos, todos ellos trabajadores de centros de salud públicos de clase-media (aunque en barrios donde hay tanto residentes de recursos económicos elevados como residentes de recursos económicos más reducidos). También se realizó una entrevista *on-line* a una enfermera y administrativa de una clínica privada. Las 9 entrevistas son muy similares en sus respuestas, tanto en las dos cuestiones fundamentales que nos ocupan como en la mayoría de aspectos secundarios. Vamos a comentar en primer lugar qué respuestas eran más comunes, en segundo lugar dónde se presentaron divergencias, en tercer lugar aspectos que se mencionaron de forma aislada, en quinto lugar contradicciones en los propios entrevistados y por último, plantearemos estas cuestiones en un breve análisis siguiendo la metodología de Conde (2009).

5.3.1: Aspectos comunes de las entrevistas.

Se espera de estas cuestiones que, al ser comentadas en todas o prácticamente todas las entrevistas, muestren su coherencia con los datos estadísticos tanto de las encuestas realizadas como de los datos disponibles en Internet.

Consecuencias de la crisis: problemas psicológicos.

En cuanto a los efectos que la crisis económica tiene en la salud, las respuestas fueron prácticamente homogéneas: todos los entrevistados mencionaron un aumento

de problemas psicológicos en las personas (ansiedad, estrés, depresiones, bajadas de autoestima, etc.). Si bien en nuestra revisión de datos estadísticos no se aprecian grandes cambios en la incidencia de enfermedades y trastornos mentales, es posible que sea debido a que éstas sean más visibles tras un tiempo después del inicio de la crisis, cuando el desempleo y la precariedad laboral llevan unos años. En la mayoría de las ocasiones esto conlleva, tal y como afirman los entrevistados, una disminución en los cuidados personales tendiendo así al sedentarismo o al empeoramiento en la calidad de la alimentación. Algunos médicos o enfermeros resaltan que este aumento se ha dado especialmente en personas de mediana edad que, o bien están en situación de desempleo o bien tienen un empleo, pero en condiciones precarias. No hemos podido corroborar este dato con las estadísticas consultadas; aunque cabe resaltar que una de las personas entrevistadas mencionó que los problemas psicológicos los estaba notando especialmente en la actualidad, es decir 5 o 6 años tras el inicio de la crisis (de los que aún no tenemos datos).

“El paro ahora mismo, está habiendo un montón de gente en desempleo de 40 años con, pues depresión, ansiedad, han cogido peso, tienen una autoestima baja...muchos pacientes están viniendo ahora con esas características, y es lo que les pasa a todos, que todos llevan uno o dos años en paro” (enfermera 1)

Consecuencias de la crisis: empeoramiento en la alimentación.

Otro aspecto citado en prácticamente todas las entrevistas ha sido un empeoramiento en la calidad de la alimentación. En algunos casos es, como ya se ha señalado, por falta de cuidados personales provocados por una bajada de autoestima. En otras ocasiones es debido a que las personas no disponen de los recursos económicos necesarios para adquirir todos los alimentos que debería incluirse en una alimentación sana y completa; la carne y el pescado son los principales alimentos que se rechazan por motivos económicos. Las enfermeras y médicos entrevistados afirmaron que en algunas ocasiones, cuando éstos les planteaban una dieta, los pacientes se negaban a seguirla por estos motivos. Algunos entrevistados afirman que esto provoca o bien obesidad en algunas personas (por comprar alimentos de peor calidad que son más baratos), o bien infrapeso en otras. Algunos han resaltado especialmente la gravedad de esta situación en la población infantil ya que, en edad

de crecimiento y desarrollo, esto puede suponer problemas de salud futuros (con sus respectivos costes para la sanidad).

“El dinero influye en todo; es que hay pacientes eso, que te dicen eso –pues sí, que yo sé que tengo que comer pescado, y carne y tal, pero es que no puedo, no llevo-” (enfermera 1)

Consecuencias de la crisis: peor cuidado de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas que requieren de cuidados especiales pueden ser un factor de empeoramiento de la salud debido a la crisis. La diabetes o la hipertensión, muy comunes entre la población, requieren de cuidados que pueden suponer un coste (por ejemplo a la hora de comprar alimentos especiales) y debido a este motivo hay personas que no pueden cuidarse de forma completa, repercutiendo ello en su salud. Especial mención hacia los inmigrantes que tienen estos problemas de salud y que ya no tienen la condición de asegurado (y por tanto ya no tienen atención continuada).

Diferencias entre pacientes de la sanidad pública y la sanidad privada.

Todos los entrevistados resaltaron o bien la diferencia de los recursos económicos de éstos, o bien la preferencia por la rapidez para acceder a los especialistas en la sanidad privada en comparación con la pública. Esto sí coincide con los datos analizados de las series temporales del CIS, sobre la elección del sistema sanitario público o privado según la rapidez con la que se atiende al paciente. La menor duración en las listas de espera ha sido una mención recurrente en las entrevistas. En este sentido, cabe señalar la coherencia con los datos reflejados en las series temporales del CIS, donde los encuestados muestran su preferencia por la sanidad privada desde el punto de vista de la duración de las listas de espera. .

Opinión sobre la privatización de la gestión de la sanidad pública.

Salvo una entrevistada, todos, aun admitiendo que la sanidad privada tiene algunos aspectos positivos, mostraron su claro rechazo hacia la privatización de la gestión de la sanidad pública. Prácticamente todos los entrevistados defendían que la sanidad privada se rige por criterios de rentabilidad y beneficios, y que la sanidad debe regirse por criterios de solidaridad. No están en contra de que exista una sanidad privada, pero sí de que se suprima la sanidad pública y solidaria existente. Algunos

de los entrevistados señalaron, sin embargo, que en estos últimos años se estaba “recortando” en sanidad pública, ya fuera en material (supresión o abastecimiento de productos de peor calidad en el papel, guantes o jeringuillas), en una menor disposición de ambulancias, en un menor suministro de medicamentos gratuitos en consultas, en menos vacunas, o en recursos humanos (falta de suplentes). La mayoría coincide en que sí hacían falta cambios en la gestión de los recursos de la sanidad, pero con lo que no están de acuerdo es que la mejora se haga a través de la privatización de la gestión. Muchos señalaban que la sanidad pública tiene más recursos de lo que parece, a pesar de que son comunes los casos en que se deriva a la sanidad privada para hacer pruebas diagnósticas, cuando salas y máquinas de la sanidad pública están disponibles y sin usar. Por otro lado, algunos de los interrogados reivindicaron que, a pesar de lo que suelen muchos de los que acuden a la sanidad privada, la pública tiene un servicio de calidad y que, a diferencia de la privada, hay un seguimiento más continuado y prolongado de los pacientes.

En el caso de la entrevistada que no mostró un rechazo rotundo, ésta tampoco mostró un apoyo evidente. La diferencia de ésta persona respecto a los demás, es que era un médico inmigrante latinoamericano. Ésta persona resaltó varias veces que muchos pacientes de la sanidad pública española “abusan”, o al menos no se valoran suficientemente los servicios que se les presta a los ciudadanos. De cara a futuras investigaciones sería interesante entrevistar a más personal sanitario inmigrante, ya que pueden aportar una visión distinta a la de los españoles, aportando riqueza al análisis. Como veremos en el apartado 5.3.5, ésta persona configuró una posición discursiva alternativa al sistema de discursos, en la terminología de Conde (2009).

Cabe destacar que, salvo esta persona inmigrante, entre el resto de perfiles entrevistados no se aprecian diferencias en el posicionamiento a favor o en contra de la privatización de la gestión de la sanidad pública. Se plantea la cuestión si las diferencias de opinión pueden surgir dependiendo del poder y la responsabilidad en el puesto de trabajo; quizá un gerente de un hospital o centro de sanidad privada pueda tener una opinión distinta al de un gerente de un hospital público. No obstante, no olvidemos que el número de entrevistas realizadas es muy pequeño y no es representativo.

“Porque si es privado hacen un negocio de la sanidad, y la sanidad no es un negocio, es un servicio al ciudadano que no tiene que reportar beneficios” (enfermero 2)

Dificultad económica en la adquisición de medicamentos.

La mayor parte de los entrevistados señaló que desde el inicio de la crisis, y especialmente ahora con la aprobación del RD-Ley 16/2012 y el copago farmacéutico, algunas personas no pueden pagarse toda la medicación que necesitan o les supone una dificultad. Algunos de ellos habían conocido personas en esta situación en sus propias consultas, otros lo habían oído de compañeros.

Opinión sobre el RD-Ley 16/2012.

Cuando se les pregunta sobre cómo podría perjudicar esta ley en la salud, todos los entrevistados mencionan la no atención de la salud de los inmigrantes sin tarjeta sanitaria. La mayoría de los entrevistados mostraron recelo de estas medidas arguyendo que no garantizan el ahorro económico, teniendo en cuenta que muchas atenciones urgentes son mucho más caras que la medicina preventiva o la de seguimiento constante. A esto hay que añadirle además lo que podría suponer una pérdida de control de alguna enfermedad contagiosa no atendida a tiempo, tanto para la salud pública como desde el punto de vista del coste económico. Por otro lado, se señaló en varias ocasiones el aumento de las trabas burocráticas y muchos procesos administrativos, enlenteciendo así la atención a los problemas de salud

A pesar del rechazo generalizado, mostraron su aceptación en algunos aspectos concretos. Por ejemplo, en la preferencia por los genéricos a la hora de recetar medicamentos, ya que son más baratos y comparten el mismo principio activo que los medicamentos de marca. También destacan como algo positivo el hecho de que se valoren más las prestaciones, para que sean utilizadas cuando verdaderamente sea necesario. En general, todos los entrevistados admiten que sí había aspectos que mejorar en la sanidad, pero no están de acuerdo con las medidas incluidas en el RD-Ley16/2012. En prácticamente todas las entrevistas se confundía o se asociaban las medidas del RD-Ley 16/2012 con la privatización de la sanidad.

5.3.2: Discrepancias entre los entrevistados.

Frecuencia de visitas al médico.

Si bien algunos entrevistados afirman que por lo general los pacientes acuden menos al médico (para evitar problemas por recetas de medicamentos o dietas que no pueden pagar, o por trabas administrativas caso de no tener tarjeta), otros afirmaron justamente lo contrario, que las personas acuden más porque tienen más problemas. Se llegó a comentar incluso que algunas personas acuden más a primeros de mes (recién cobrados).

Por otro lado, también se comentó en alguna entrevista que las personas temen pedir bajas laborales para evitar conflictos en su trabajo, reflejándose ello en una disminución en las peticiones de bajas laborales desde la crisis. En cambio, otros entrevistados tienen la sensación que desde la crisis se piden en general más bajas laborales.

“Si tienes alguna dolencia o necesitas alguna baja realmente, a lo mejor la gente no se lo quiere coger por el miedo a que le despidan del trabajo porque hay muchísima gente que quiere trabajo” (enfermera 3)

Sectores más vulnerables.

Por otro lado, ante la pregunta de qué sectores consideraban los más vulnerables ante la crisis, en relación a posibles consecuencias en la salud, algunos señalaron a las personas mayores, al no disponer de pensiones altas para sufragar una calidad de vida suficiente, y por contar con cada vez menos servicios sociales. Otros señalaron a la población infantil debido principalmente a un empeoramiento en la alimentación, subrayando las repercusiones futuras de ésta situación. Las personas de mediana edad -sin trabajo o con trabajo precario- fueron destacados por otros entrevistados (siendo víctimas de problemas psicológicos). Se mencionaron también a los jóvenes como los más vulnerables, al ser sujetos a empleos precarios. Otros insistieron en las personas con menos recursos en general, como los más vulnerables a sufrir problemas de salud debidos a la crisis. Inmigrantes y enfermos crónicos en general fueron sectores señalados por otros entrevistados.

Motivos del traspaso de competencias de la sanidad pública a la privada.

Como causa de la privatización de las competencias sanitarias, se menciona tanto la crisis económica como otros motivos “ocultos” o “privados” (considerando la crisis económica una excusa de cara a la sociedad).

Conocimiento de los derechos de los ciudadanos.

Algunos entrevistados creen que los ciudadanos conocen sus derechos, otros creen lo contrario; pero están de acuerdo en que, en cualquiera de los dos casos, tanto si la gente conoce sus derechos como si no está seguro de ellos, esta situación actúa como efecto disuasorio ya que se evita ir al médico para no tener problemas.

5.3.3: Otros aspectos comentados en las entrevistas de forma menos frecuente o de forma aislada.

Se comentó que desde el inicio de la crisis se realizan menos pruebas diagnósticas con el fin de ahorrar costes, pudiendo repercutir ello en la salud del paciente. También se comentó que las enfermedades cardíacas aumentan con la crisis debido principalmente a que muchas personas con más riesgo ya no se cuidan como deberían. En la consulta de los datos estadísticos, no hemos podido observar un aumento en muertes y enfermedades cardíacas. Otros indicaron que se cobra de forma ilegal en urgencias a los que no tienen tarjeta sanitaria o se les emite directamente una factura (aunque luego no se les cobre o se les devuelva el dinero), a pesar de que sí tengan derecho éstos a los servicios de urgencias.

Merece ser destacada una interesante mención por parte de una enfermera, y es que los efectos de la crisis en la salud se están notando más en la actualidad que antes; es decir con unos años de desfase respecto del inicio de las crisis.

“y se ve ahora últimamente, más... porque la gente está ahora en una situación de dos años en paro” y sigue más delante *“Antes era una población que no veías mucho en la enfermería y ahora es que todas las semanas hay uno o dos casos así, además que lo estoy viendo desde hace poco”* (enfermera 1)

Cabe mencionar a una entrevistada que, preguntada acerca de su opinión sobre los efectos de la crisis sobre la salud, respondió que no creía que hubiera efectos de la crisis en la salud. Llamó la atención la sensación de que, parecía que quería afirmar que sí había efectos pero, no encontraba los argumentos para sostener tal argumento. Como veremos más adelante, esto apoya la conjetura de que existe una “*configuración narrativa*” dominante, usando la terminología de Conde (2009), basada en la noción de que la crisis económica sí es nociva para la salud. Este pensamiento, sería el “políticamente correcto” para expresarse públicamente.

5.3.4: Contradicciones en los propios entrevistados.

Durante algunas conversaciones emergieron ciertas contradicciones que merecen ser comentadas. En una ocasión una de las personas entrevistadas indicó que los médicos de la sanidad pública están mejor preparados, a la vez que más tarde afirmó que, a pesar de estar en contra de la privatización de la sanidad pública, una de las cosas que sí tiene de beneficiosas la sanidad privada es que los médicos que trabajan están ahí porque “se lo merecen más” o “se lo han ganado”; es decir no tienen un puesto de trabajo fijo asegurado de por vida y tienen que esforzarse por ganárselo o mantenerlo.

“La privada pueden tratar cosas, no menos importantes, pero que no son tan urgentes en tu vida, pero en la pública sí pueden atenderte cosas muy urgentes y vitales y yo creo que lo van a hacer mejor, hay más medios, y los profesionales en general están más cualificados, porque como que tienen ya más trayectoria...” a lo que luego sigue *“también es verdad que lo privado, el lado bueno que tiene, es que los profesionales que están, están porque a lo mejor se lo merecen más, o como que están más... puede ser eh... o sea como que hay más control, vamos a dejarlo ahí. Porque es verdad que en la sanidad pública hay mucha gente que a lo mejor no hace lo que debería porque como que están muy seguros de sus puestos, y en la privada pues no. ¿Sabes? Como que hay más control del personal que haga lo que tenga que hacer y que trabaje bien”* (enfermero 2).

Una explicación para esta contradicción podría ser simplemente que la persona entrevistada no tiene una opinión clara sobre el tema. Otra interpretación para esta

contradicción, y que detallaremos en la siguiente sección es que existe un discurso predominante, que es el que más cómodamente se expone en público, a pesar de que la persona, de forma individual, piensa de otra forma. La defensa incondicional por una sanidad pública podría influir a que cualquier aspecto, como por ejemplo, el nivel de cualificación del personal sanitario, sea valorado en función de la división sanidad pública (beneficiosa)/ sanidad privada (negativa). En este sentido, vendríamos a calificar esto como “un sistema de discursos” en el sentido en el que lo menciona Conde (2009).

5.3.5: Análisis del discurso.

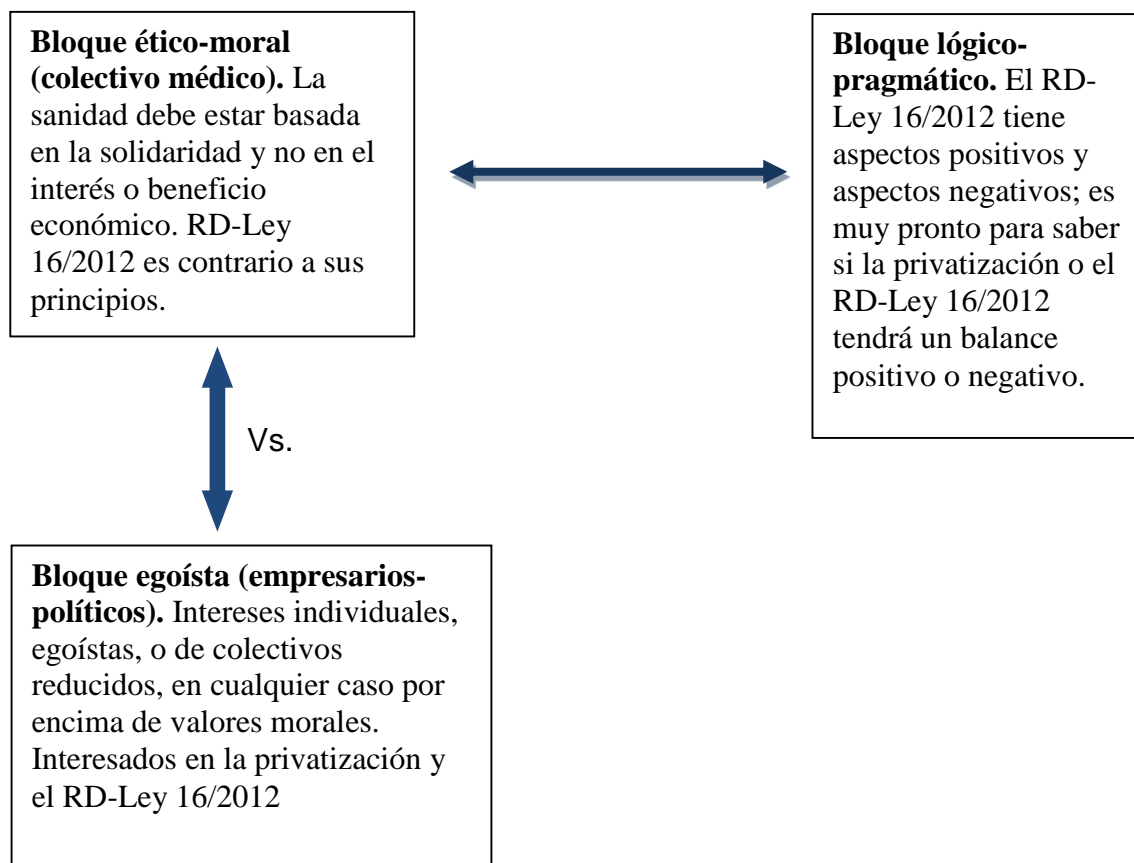
Veamos a continuación un análisis más profundo de lo que se dijo en las entrevistas. Para ello hemos seguido el procedimiento de análisis recomendados por Conde (2009). Hemos realizado un análisis para todas las entrevistas, dada la similitud de respuestas entre ellas. Con este análisis se pretende comprender, y resumir a la vez, lo expuesto en las entrevistas con el personal sanitario. Si bien su metodología de análisis está más indicada para los grupos de discusión, puede resultar también útil para analizar entrevistas.

Recuérdese que para entender correctamente el análisis es necesario distinguir entre los términos “texto” y “discurso”. Con “texto” Conde hace referencia a lo que directamente está escrito, y puede ser tratado como un objeto empírico. El “discurso” es una construcción o construcciones teóricas que realizan los investigadores a partir del análisis de los textos producidos por la misma. Sería algo similar a un “discurso tipo” o “discurso puro” que representa a un grupo social. Como se afirma en Conde (2009), pág. 36, *“...el sistema de discursos (configurado a partir del análisis e interpretación de dicho corpus de textos) va a ser siempre una construcción, va a ser el “objetivo teórico” de la investigación...”*.

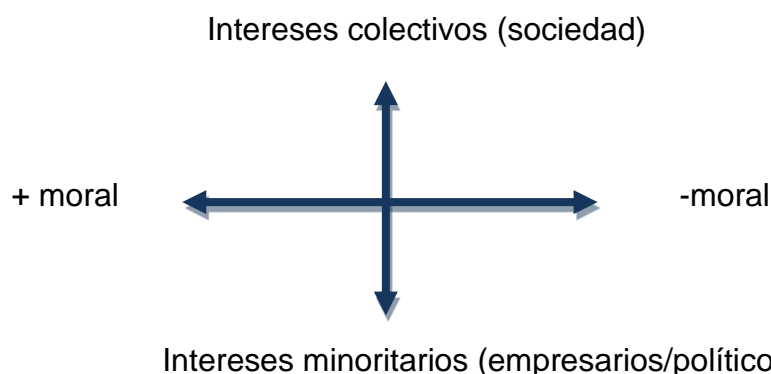
Vamos a realizar tres niveles de análisis con los textos de las entrevistas. Un primer nivel identificará las principales posiciones discursivas; en un segundo nivel de análisis describiremos las configuraciones narrativas implícitas, y finalmente nos detendremos en el análisis de los espacios semánticos.

En primer lugar, mediante la identificación de las posiciones discursivas tratamos de conocer qué grupos sociales son los que se están expresando –no en sí los grupos o personas concretas que hablan, sino los grupos sociales que representan-. Se ha identificado en las entrevistas al “colectivo médico” con el que, salvo una entrevistada, han manifestado sentirse identificados todos los entrevistados (asociado a valores de solidaridad y humanidad), y se configura como una posición discursiva dominante. Desde esta perspectiva se construye un discurso de tipo moralista, que se contrapone a la posición discursiva de los “empresarios-políticos” (asociados a intereses egoístas) que, según el “colectivo médico” de tipo moralista, se basa en discursos con fines ocultos no claramente expresados -por ejemplo usan la crisis económica como excusa para privatizar la sanidad para obtener beneficios, que es lo que querían-. El bloque discursivo ético-moral del “colectivo médico” no acepta que unos intereses egoístas de un colectivo de personas se interpongan por encima de atención incondicional a un ser humano. Además de este posicionamiento que fue el mayoritario en las entrevistas, la persona entrevistada que menos rechazo mostró hacia los cambios del RD-Ley 16/2012, se posicionaba más bien en otra lógica discursiva de tipo lógico-pragmático. Desde esta posición discursiva no veía necesariamente el RD-Ley como una amenaza incuestionable a la atención solidaria de la sanidad, sino que resaltaba algunos aspectos positivos y otros negativos de esta medida, y creía más razonable esperar un tiempo para poder juzgar correctamente el RD-Ley 16/2012.

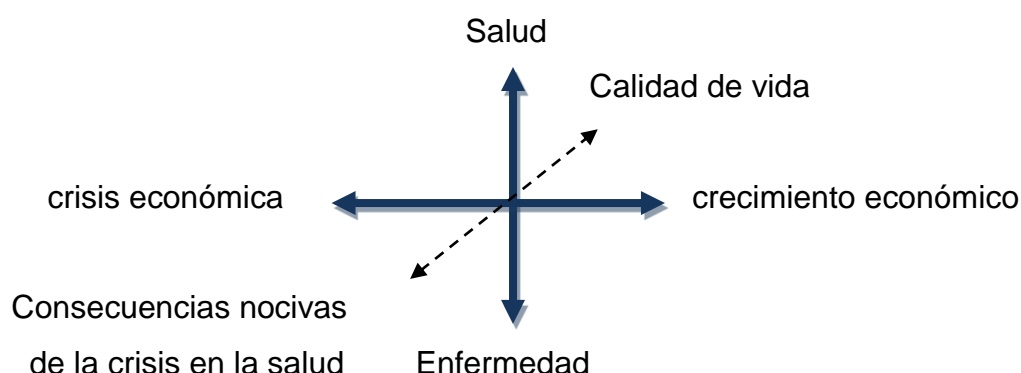
“pienso que son ambos, que sí ha habido puntos positivos, u puntos negativos. En una forma de pasar a genéricos pienso que es un punto favorable, un punto positivo, concienciar a los pacientes lo costes también es importante porque ya figura en la receta, también la seguridad social... también... es demasiado costosa, las pruebas, resonancias, tags, etc... realmente si se hiciera por la privada la gente no se pagaría dichos estudios” y sigue “y negativos, creo que también hay cosas que no ha sido muy acertadas ...qué puedo decirte, tal vez el del euro, el del euro por receta, con ese no es” (Médico 1)



Un segundo análisis consiste en construir las configuraciones narrativas que vertebran el texto, es decir la matriz lógica implícita de lo que se ha expresado explícitamente. Estas configuraciones deben ser capaces de ordenar y vertebrar el texto. Así, en consonancia con las posiciones discursivas anteriores, se han identificado 2 configuraciones narrativas básicas. Existe un conflicto de intereses; por un lado están los intereses de la mayor parte de la sociedad, y que los médicos de la sanidad pública defienden. Por otro lado, existe un colectivo minoritario, pero con mucha influencia, que tiene intereses opuestos a los de la sociedad. La idea básica es que la sanidad privada es contraria a la sanidad pública, debido a que la primera se basa en lógicas empresariales donde se persigue la rentabilidad económica, mientras que la sanidad pública se basa en un principio humano de universalidad. Estas dos visiones son contrarias según esta estructura y no pueden ser compatibles entre sí; si se privatiza la sanidad pública, esta dejará de ser solidaria, y la salud se convertirá en un negocio. Además, tal y como afirmaron algunos entrevistados, la sanidad pública ya está siendo testigo de algunos procesos de rentabilidad mediante los “recortes” que está viviendo, por lo que está alejándose del ideal de solidaridad incondicional que defienden los médicos entrevistados.



Una segunda configuración narrativa estaría basada en la relación entre crisis económica y la salud. Así, los polos salud-enfermedad, y crisis económica-crecimiento económico, definirían esta configuración narrativa.

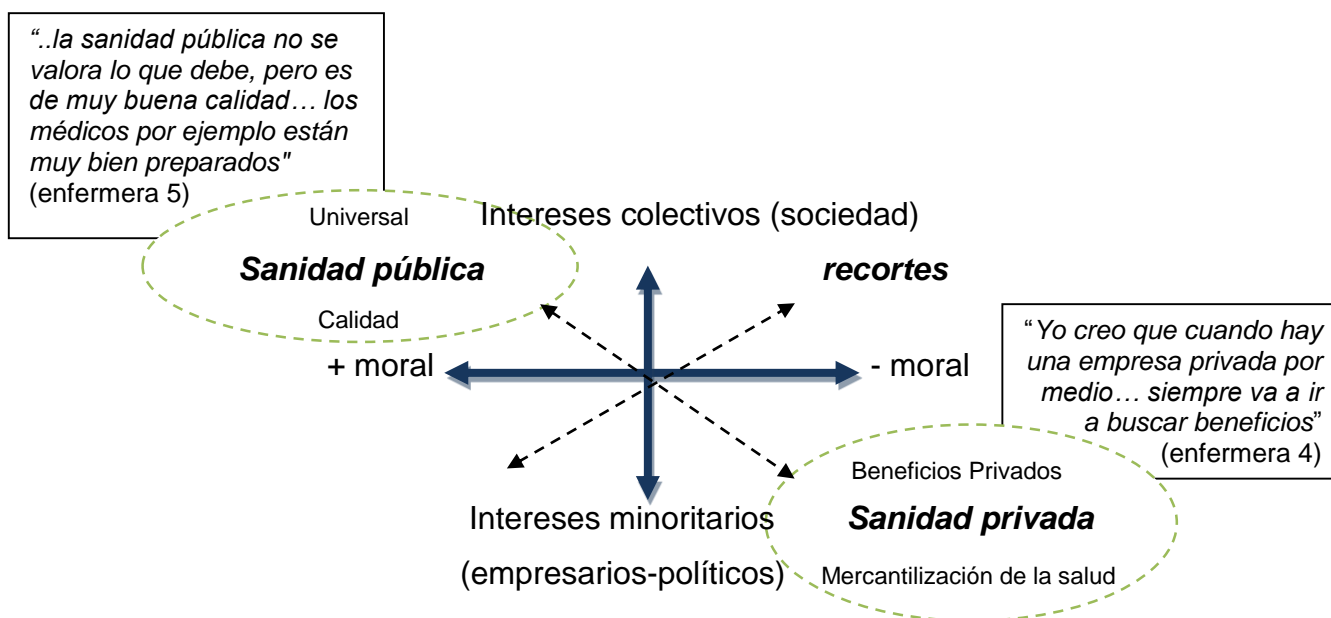


En ningún caso se afirmó que la crisis económicas podía tener algún efecto beneficioso para la salud. El discurso proporcionado, estaba claramente estructurado de tal forma que cuanto más crisis económica, peor iba a ser para el estado de salud y calidad de vida.

Por último veamos una distribución de los espacios semánticos. Se trata de conocer de qué se habla –de forma literal, no implícita- y cómo se organiza el texto. Qué símbolos son los escogidos para dar forma a esa configuración narrativa y estructurar el texto en su vertiente más manifiesta. *“Si en el caso de las “configuraciones narrativas” el análisis de la función metalingüística de la trama que organizaba el texto era el objetivo fundamental del citado procedimiento, en el caso de los -espacios semánticos- se trata, ante todo, de indagar en la función referencial del habla grupal y en cómo la misma se expresa en un conjunto concreto de material verbal significativa y con qué campo de significaciones (más o menos) compartidas se vincula”*; véase Conde (2009), pág. 206.

La sanidad pública, así como la sanidad privada (ambas en negrita y en cursiva) se perfilan como “atractores semánticos” principales –es decir, que organizan el resto de expresiones-. Junto a ellas se vinculan expresiones como la calidad de la atención sanitaria pública, el carácter universal de ésta, etc. Del mismo modo que para la sanidad privada van asociadas expresiones como “beneficios privados”, “mercantilización de la salud”, y expresiones similares. La sanidad pública como algo mejor que la privada vertebrada toda una serie de pequeños discursos en coherencia con este discurso principal. Así, hasta la calidad de los médicos, sin ser cuestionada, se valora favorablemente, si es de la sanidad pública, y no se menciona si los médicos de la sanidad privada son mejores o no; simplemente se evita mencionarlo, pero no dejan de repetirse que los médicos de la sanidad pública poseen un elevado nivel de cualificación. La prevalencia de este discurso dominante podría explicar también por qué algunos entrevistados, al defender la sanidad pública, tras preguntárseles por su privatización, no daban argumentos consistentes.

Si añadimos los espacios semánticos al esquema anterior con las configuraciones narrativas, éste queda de la siguiente manera:



6: Conclusiones.

Esta investigación estudia la influencia que existe entre la crisis económica iniciada a finales del 2007 en España y también el RD-Ley 16/2012 en la salud de los

españoles. Para estudiar esta relación, revisamos literatura sobre el tema, analizamos datos estadísticos, hicimos entrevistas a personal sanitario (administrativos, enfermeros y médicos), y también era nuestra intención distribuir un cuestionario entre los médicos colegiados en España recabando su opinión sobre ambas cuestiones, encuesta que lamentablemente no hemos podido concluir. Además nos enfrentamos a la dificultad de que los datos estadísticos sanitarios concluyen en el 2011 o el 2012 en el mejor de los casos.

No obstante, del estudio realizado, y de forma esquemática, podemos señalar las siguientes conclusiones:

- Según los datos analizados para el caso de la crisis iniciada a finales de 2007 en España, no se han observado consecuencias importantes en el estado de salud que diferencien su comportamiento de épocas de bonanza económica. Se entiende por estado de salud un concepto amplio que incluye la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad y la percepción del sistema de salud público. Según este estudio, el caso de España para la crisis del 2008 no se corresponde con las posturas defendidas por Ruhm (2000), el cual afirma que las crisis en general mejoran la salud, ni por los autores descritos en el capítulo 3.1, los cuales afirman que la crisis económica resulta negativa para la salud. Sí está en consonancia con lo que afirma Tapia (2014) sobre el aumento de la tasa de mortalidad (no aumenta de forma importante), la esperanza de vida (no disminuye) y los suicidios (no son muy relevantes en España).
- En concreto, no hemos observado comportamientos distintos, respecto a otras épocas anteriores a la crisis, en la evolución de la esperanza de vida, que presenta un aumento prolongado y continuado.
- La tasa de crecimiento de la esperanza de vida tampoco muestra comportamientos distintos respecto a antes de la crisis.
- Las tasas de mortalidad, clasificadas según 9 causas de muerte, no presentan comportamientos distintos en relación a épocas anteriores de la crisis.
- En cuanto a los suicidios, existe un aumento en ellos en el 2008 (inicio de la crisis), pero éste es similar al de otras épocas en las que no se ha desarrollado una crisis económica.

- En la mayoría de las enfermedades no se observan cambios en su incidencia respecto a años anteriores a la crisis. No obstante, las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio” y “ciertas enfermedades con origen en el período perinatal” disminuyen, y las “enfermedades inflamatorias del sistema nervioso” aumentan desde la crisis.
- Los autores cuyas aportaciones resumimos en el capítulo 3.1, generalizan el comportamiento observado en las crisis económico políticas como la que se desarrolló con la disolución de la antigua URSS a las crisis económicas de países europeos. No están en correspondencia con los datos observados en este estudio.
- Debido a la no disponibilidad de datos a partir del 2012, no hemos podido comprobar la incidencia de la aplicación del RD-Ley 16/2012 en la salud de los españoles.
- La escasez de datos para el caso de España dificulta algunos análisis estadísticos. Esta situación requiere de análisis comparativos más extensos, donde se incluyan más datos de otros países y épocas, que permitan el establecimiento de correlaciones y análisis estadísticos.
- Según el estudio de la opinión de los españoles sobre el Sistema Nacional de Salud, la percepción de los ciudadanos-pacientes es y se mantiene positiva, sin cambios importantes desde la crisis económica, salvo en lo que respecta a las listas de espera, que es negativa y decreciente especialmente desde el año 2010.
- En las entrevistas en profundidad a personal sanitario, éstos advierten de un aumento en los problemas psicológicos (derivados principalmente del desempleo y del empleo precario), así como un empeoramiento en la alimentación (debido a falta de recursos y disminución de cuidados personales) y en los cuidados de las enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes. No se ha podido comprobar estos datos con estadísticas, ya que no se han encontrado datos disponibles en fechas posteriores a 2012 en las fuentes consultadas.
- En estas entrevistas se ha expresado mayoritariamente un rechazo hacia el Real Decreto-Ley 16/2012, especialmente en la denegación del acceso a la atención primaria a los no asegurados. Se ha expresado igualmente el rechazo hacia la privatización de la gestión de la sanidad pública.

- Entre el personal sanitario entrevistado existe un discurso dominante caracterizado por una configuración narrativa que posiciona a los intereses mayoritarios de la sociedad (representados en la comunidad médica de la sanidad pública) como el acceso gratuito y universal a la sanidad, frente a unos intereses minoritarios provenientes del colectivo políticos y empresarios, basados en la privatización de la sanidad con la consecuente mercantilización de la salud. Existe también un segundo discurso lógico-pragmático que no presenta una visión global del RD-Ley 16/2012 ni de la privatización, y no se posiciona ni a favor ni en contra en ninguno de los dos casos. Este segundo discurso no comparte la configuración narrativa de intereses enfrentados (políticos-empresarios / sociedad).

Que los datos estadísticos analizados no muestren un comportamiento diferenciado para la última crisis en España no implica necesariamente que no exista relación entre crisis económica y salud de las personas. Pero en el caso de España, en la crisis actual, éstas pueden no ser evidentes o sus efectos se contrarrestan debido a otros factores. En este sentido cabría investigar el comportamiento en otros países y en otros períodos. Planteamos a continuación una serie de interpretaciones aventuradas, que podrían explicar los hechos.

Podría ser que la crisis influye en la salud de las personas, pero que en el caso la actual crisis en España no sea evidente debido a otros factores que la contrarresten. Éstos pueden ser, por ejemplo, la propia existencia de un Sistema Nacional de Salud universal (hasta el 2012) y gratuito, de modo que las personas que sufren los estragos de la crisis son en cualquier caso atendidas (reflejando en los datos menos incidencias de problemas de salud y causas de muerte). Por otro lado, podría ser que en España existan instituciones sociales donde el individuo esté ampliamente apoyado y protegido (emocionalmente y económicamente), como pueden ser la familia, círculos de amigos y otras organizaciones sociales. También hay que tener presente que las consecuencias no tiene por qué ser visibles desde el inicio. Es posible que los problemas psicológicos por ejemplo se vean tras varios años de desempleo. En este sentido futuras investigaciones precisan de comparaciones temporales dentro de España y entre países.

7: Referencias.

7.1: Bibliografía.

- Cea D'Ancona, M.^a A. (2004). *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos. Cuadernos Metodológicos. Nº 43*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cylus, J., Mladowsky, P., & McKee, M. (2012). Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Services Research Journal*. 47, 2204-2224.
- Díaz Olalla, M. (2013). Efectos predecibles y ya constatables de los recortes del gasto social en el incremento de la mortalidad de la población española. *Salud 2000*.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*. 23, 103-108.
- Huertas, R. (1999). *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 381, 1323-1331.
- Karsten, I. P., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 74, 264–282.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 378, 1457-1458.
- Legido-Quigley, H., Urdaneta, E., González, A., La Parra, D., Muntaner, C., Álvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet*. 382, 1977.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra, D., Álvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013b). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *British Medical Journal*. 346.

- Martikainen, P. T., Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet*. 348, 909-912.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Ruhm, C. (2000). Are Recessions Good for Your Health?. *The Quarterly Journal of Economics*. 115, 617-650.
- Sánchez Bayle, M. (1998). *Hacia el Estado Del Malestar: Neoliberalismo y Política Sanitaria en España*. Fuencarral, Madrid: Los libros de la catarata.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., Tsoлова, S., Basu, S., Abubakar, I., Hunter, P., Rechel, B., & Semenza, J. C. (2011). The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLoS ONE*. 6.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 374, 315-323.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*. 340.
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte*. Tres Cantos, Madrid: Taurus.
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013b). How austerity kills. *New York Times*, 13 de mayo de 2013.
- Tapia Granados, J. (2013). *Economic Crisis and population health in Europe: Misleading myths and surprising realities*. Institute for Social Research, University of Michigan. http://sitemaker.umich.edu/tapia_granados/files/econ_crisis_pop_health_in_europe_-_misleading_myths_-_6_refs.pdf
- Tapia Granados, J. (2014). La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?. *Salud Colectiva*. 10.
- Valles, S. M. (1999). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Yo Sí Sanidad Universal (2013). Informe "Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia". <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/informe-un-ano-de-exclusion-sanitaria>

7.2: Base de datos consultadas.

- Centro de Investigaciones Sociológicas, <http://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>
- Comisión Europea, http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_es.htm
- Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>
- Instituto Nacional de Estadística, <http://www.ine.es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), <http://www.oecd-ilibrary.org/>
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), <http://w3.unece.org/pxweb/>
- Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

8: Anexos.

8.1: Cuestionario a distribuir entre los médicos colegiados en España.

Departamento de Sociología IV

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Complutense de Madrid

En el Departamento de Sociología IV (Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación), de la Universidad Complutense de Madrid, estamos efectuando una investigación sobre el impacto que las recientes reformas legislativas y la actual situación económica tienen en la salud en España. Como parte de esa investigación, distribuimos este cuestionario entre los profesionales doctores colegiados en España con el fin de obtener su opinión experta sobre estas cuestiones.

Para la buena consecución de los objetivos de la investigación, precisamos su participación. El cuestionario es totalmente anónimo, lo que garantiza que pueda responderse con plena libertad. Con ella podremos obtener una visión informada, que sólo desde la práctica profesional diaria pueden alcanzarse con plenitud. La mejora de la sanidad requiere el conocimiento de la realidad a través de su opinión experta. De la presente investigación se espera tenga un efecto positivo en la sanidad en España y en la salud de los ciudadanos.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Para cualquier duda, póngase en contacto con Sara Tena Reiff s.tena@ucm.es

Un cordial saludo.

M^a Ángeles Cea D'Ancona
Directora del Departamento de Sociología IV
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense de Madrid
<http://www.ucm.es/info/socivmyt/>

1) ¿Cuál es su especialidad?

2) ¿En qué lugar desarrolla su ocupación actualmente?

- ☐ Hospital
- ☐ Centro de Salud de atención primaria
- ☐ Centro de especialidades
- ☐ Otros (señale cuáles)

3) ¿En qué tipo de centro desarrolla su ocupación actualmente? (si trabaja en varios puede marcar varias opciones)

- ☐ Sanidad pública
- ☐ Sanidad pública gestionada por una empresa privada
- ☐ Sanidad privada

4) Seleccione la provincia donde trabaja actualmente

5) Aproximadamente, ¿cuándo comenzó a trabajar en el centro donde está actualmente? (si está realizando sustituciones de personal indique cuándo realizó la primera sustitución en ese centro; si trabaja en varios centros indique dónde desarrolla su actividad principal)

6) ¿Ha trabajado anteriormente en otros centros sanitarios? (puede marcar varias opciones)

- ☐ No he trabajado en otros centros
- ☐ Sí, en centros públicos
- ☐ Sí, en centros privados
- ☐ Sí, en centros públicos gestionados por una empresa privada

☐

- _____ /

- _____

10a) la sanidad pública	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10b) la sanidad privada	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10c) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10d) la sanidad pública	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10e) la sanidad privada	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10f) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De acuerdo	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10g) la sanidad pública	En desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	De acuerdo
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10h) la sanidad privada	desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 acuerdo
10i) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

La actual calidad de la atención sanitaria es excelente en ...

10j) la sanidad pública	En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo
10k) la sanidad privada	En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo
10l) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

11) ¿Considera que los médicos de su especialidad, en la sanidad pública, están bien retribuidos en comparación con la sanidad privada?

- ☐ Están mejor retribuidos en la sanidad pública que en la privada
- ☐ Están igual de retribuidos en la sanidad pública que en la privada
- ☐ Están peor retribuidos en la sanidad pública que en la privada

12) Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que '0' significa que está en total desacuerdo y '10' totalmente de acuerdo:

12a) La sanidad privada ofrece más variedad de tratamientos para una enfermedad o problema de salud que la sanidad pública

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

12b) La privatización de la gestión sanitaria pública es una buena forma de mejorar la gestión de los recursos (presupuestos de los que dispone, personal, maquinaria, edificios, etc.)

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

12c) La privatización de la gestión sanitaria pública mejorará el sistema sanitario en general (gestión, atención al paciente, etc.)

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

12d) En lugar de privatizar la sanidad pública, ésta podría aprovechar mejor los recursos de los que ya dispone (presupuestos de los que dispone, personal, maquinaria, edificios, etc.)

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

12e) La atención sanitaria es igual en la sanidad pública que en la sanidad pública gestionada por empresas privadas

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

12f) En España muchos ciudadanos abusan de los servicios de la sanidad pública.

En desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De acuerdo

13) ¿Cuál cree usted que debería de ser el sistema sanitario principal para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos?

- ☐ Sanidad pública gestionada por el estado
- ☐ Sanidad pública gestionada por empresas privadas
- ☐ Sanidad privada
- ☐ Seguros privados subvencionados por el estado
- ☐ Otro (describa cuál)

14) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública?



15) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad privada?



16) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública con gestión privada?



17) ¿Cree que la crisis económica, ya sea de forma positiva o de forma negativa, ha afectado a la salud de las personas?

- ☐ No
☐ Sí (describa de qué maneras puede afectar)



18) Según su opinión, señale los sectores de la población que se ven más afectados que otros por la crisis en lo que a salud se refiere (marque todas las respuestas que considere necesarias)

- ☐ No se nota ningún cambio en la salud con la crisis
☐ La crisis afecta a la salud de todos de una manera parecida
☐ La crisis afecta más a la salud de las personas mayores
☐ La crisis afecta más a la salud de las personas dependientes
☐ La crisis afecta más a la salud de los inmigrantes en general
☐ La crisis afecta más a la salud de los inmigrantes en situación irregular
☐ La crisis afecta más a la salud de los niños
☐ La crisis afecta más a la salud de los desempleados
☐ La crisis afecta más a la salud de los jóvenes
☐ La crisis afecta más a la salud de otros sectores (señale cuáles)



19) Según su opinión, señale los problemas de salud o las enfermedades más sensibles a la crisis económica (marque todas las respuestas que considere necesarias)

- ☐ No afecta a ningún problema de salud de forma especial
☐ Enfermedades y problemas mentales
☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ Problemas de peso (sobrepeso o infrapeso)
☐ Malnutrición
☐ Enfermedades relacionadas con el corazón
☐ Neoplasias
☐ Otros problemas o enfermedades (describa cuáles)



20) ¿Cree que los pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no

disponen de medios económicos suficientes para sufragarla, son más frecuentes, menos frecuentes o igual de frecuentes desde...?

- ☐ No he conocido casos en situación de no poder pagarse la medicación que se le receta
- ☐ Más frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)
- ☐ Más frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)
- ☐ Igual de frecuentes que siempre
- ☐ Menos frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)
- ☐ Menos frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)

21) A los pacientes que ya no tienen derecho a la atención sanitaria primaria, ¿se les suelen presentar alternativas para puedan ser atendidos de algún modo? (puede marcar varias respuestas)

- ☐ No
- ☐ Se les deriva o acuden a ONGs para que les atiendan allí
- ☐ Se les deriva o acuden a urgencias
- ☐ Siempre que sea posible, el médico les atiende fuera del horario de trabajo
- ☐ Otras formas (señalar)

22) Según su opinión, ¿cree que las personas conocen sus derechos sanitarios?

- ☐ Casi todas las personas conocen sus derechos
- ☐ Bastantes personas conocen sus derechos
- ☐ Aproximadamente la mitad de las personas sí conocen sus derechos
- ☐ Pocas personas conocen sus derechos
- ☐ Nadie o casi nadie conoce sus derechos
- ☐ No tengo una opinión clara al respecto

23) ¿Está de acuerdo con los cambios legislativos que se han aprobado en los años 2012 y 2013 en materia de sanidad (principalmente el RD-L 16/2012)? Valore de 0 a 10, significando '0' que está totalmente en desacuerdo y '10' que está totalmente de acuerdo.

- ☐ 0 (Totalmente en desacuerdo)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 (Totalmente de acuerdo)
- ☐ No tengo una opinión clara al respecto
- ☐ No conozco en detalle esos cambios

24) Por favor, detalle los motivos que le llevan a tener esa opinión

25) En su opinión, ¿cuál es el principal motivo por el que se han efectuado los cambios legislativos recientes en materia de sanidad?

- ☐ Por la crisis económica
- ☐ Por motivos de mejora de la calidad de los servicios
- ☐ Por intereses particulares de algunas personas
- ☐ Otros motivos (señalar)

26) ¿Cree que la privatización se ha paralizado por las movilizaciones o por otros motivos?

- ☐ Por las movilizaciones sociales por parte de la comunidad sanitaria
☐ Por motivos económicos
☐ Por otros motivos (señalar)

27) Indique el tamaño del municipio donde desarrolla su profesión:

- ☐ Menos de 2.000 habitantes
☐ De 2.001 a 10.000 habitantes
☐ De 10.001 a 20.000 habitantes
☐ De 20.001 a 50.000 habitantes
☐ De 50.001 a 100.000 habitantes
☐ De 100.001 a 200.000 habitantes
☐ De 200.001 a 500.000 habitantes
☐ Más de 500.000 habitantes

28) Edad

29) Sexo

30) Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones 'izquierda' y 'derecha'. ¿En que posición política se ubica usted?

Extrema izquierda ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extrema derecha
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31) ¿A qué partido o coalición votó en las elecciones generales de 2011?

32) ¿Cómo calificaría usted su situación económica personal?

- ☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Ni buena ni mala
☐ Mala
☐ Muy Mala

33) Actualmente, entre todos los miembros del hogar (incluido usted mismo) y por todos los conceptos, ¿de cuántos ingresos netos disponen por término medio en su hogar al mes?

34) A continuación puede añadir cualquier consideración que usted estime importante para esta encuesta.

Enviar cuestionario

Departamento Sociología IV

Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación



8.2 Tabla de correlaciones de Pearson entre las tasas de crecimiento de una selección de variables de la base de datos de la Organización Mundial de la salud para España en el período 1970-2012

[illegible]